

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

Tesis para optar por el grado académico de

Licenciatura en nutrición

RELACIÓN DEL ESTILO DE VIDA, PRESENCIA

DE PATOLOGÍAS Y CONDUCTA

ALIMENTARIA EN PERSONAS ADULTAS

MAYORES NO INSTITUCIONALIZADAS DE 65

A 85 AÑOS, EN LA PROVINCIA DE HEREDIA,

EN EL PERÍODO DEL AÑO 2020

MARILIZ VARGAS FONSECA

ENERO, 2020

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	10
AGRADECIMIENTOS.....	11
RESUMEN	12
CAPÍTULO I	14
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1.1 Antecedentes del problema	15
1.1.2 Delimitación del problema	23
1.1.3 Justificación	24
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	25
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	25
1.3.1 Objetivo general	25
1.3.2 Objetivos específicos.....	26
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	27
1.4.1 Alcances de la investigación.....	27
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	27
CAPÍTULO II	29
MARCO TEÓRICO.....	29
2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	30
CAPÍTULO III	39
MARCO METODOLÓGICO.....	39
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	41
3.3.1 Población	41
3.3.2 Muestra	41
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	42
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	43
3.4.1 Validez de un cuestionario	43
3.4.2 Confiabilidad del cuestionario.....	44

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	46
A continuación, se presenta la tabla con la información correspondiente a la operacionalización de las variables de la investigación.	46
3.7 PLAN PILOTO	54
3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	55
3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.....	55
3.10 ANÁLISIS DE DATOS.....	55
CAPÍTULO IV	57
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	57
4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	58
4.1.1 Datos sociodemográficos	58
4.1.2 Religión de los participantes	60
4.1.3 Tipo de ingreso económico	60
4.2. RESULTADOS DEL ESTILO DE VIDA	61
4.2.1. Consumo de bebidas alcohólicas	61
4.2.2. Consumo de cigarrillos	62
4.2.3. Realización de Actividad física.....	62
4.2.4. Tipo de actividad física que realiza	63
4.2.5. Tiempo que dedica a la Actividad física	63
4.2.6. Tiempo que permanece sentado durante el día	64
4.2.7. Condición de la dentadura	65
4.2.8 Problemas para deglutir	65
4.2.9. Horas de sueño.....	66
4.2.10. Siestas y duración de éstas.....	66
4.3 RESULTADOS SOBRE PRESENCIA DE PATOLOGÍAS.....	67
4.3.1 Presencia de alguna patología específica.....	67
4.3.2 Asistencia a control médico.	68
4.3.3 Tratamiento farmacológico.....	68
4.3.4 Cantidad de medicamentos que toma al día.	69
4.4 RESULTADOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	70
4.4.1 Cantidad de tiempos de comida	70
4.4.2 Tiempos de comida	70
4.4.3 Tipo de líquido que consume durante el día.....	71

4.4.4 Cantidad de cucharaditas de azúcar que le ponen a las bebidas (café o refrescos).....	72
4.4.5 Agrega sal extra a la comida ya preparada	72
4.4.6 Alimentos que se ingieren entre las comidas	73
4.4.7 Tipo de preparación más habitual de los alimentos	73
4.4.8 ¿Qué hace con la grasa visible de las (carne, pollo, cerdo)?	74
4.4.9 Tipo de grasa utilizada para cocinar.....	74
4.4.10 Evita el consumo de grasas no saludables y frituras.....	75
4.4.11 Factor que considera más importante a la hora de elegir un alimento para su consumo.	75
4.4.12 Considera que la alimentación que posee es variada.....	76
4.4.12 ¿Cuándo se siente satisfecho que acción realiza?	76
4.4.13 Motivo por el que evita algún alimento.....	77
4.4.14 ¿Al momento de comer, utiliza algún distractor?.....	78
4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	79
ANÁLISIS BIVARIADO.....	79
4.5.1 Relación del estilo de vida y la conducta alimentaria.	79
4.5.2 Relación de la presencia de patologías, y la conducta alimentaria.....	84
4.5.3 Relación del estilo de vida y la presencia de patologías	91
ANÁLISIS TRIVARIADO	94
4.5.4 Relación del estilo de vida y la conducta alimentaria con la presencia de patologías.....	94
CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	98
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	99
5.1 Datos sociodemográficos	99
5.2 Determinación del estilo de vida.....	101
5.3 Presencia de patologías.....	107
5.4 Conducta alimentaria.....	110
5.5 Relaciones de las variables de estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria	119
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	127
6.1 CONCLUSIONES	128
6.2 RECOMENDACIONES	130
BIBLIOGRAFÍA.....	131
ANEXOS	141
Anexo 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	142
Anexo 2. Consentimiento informado.....	150

CONSENTIMIENTO.....	152
Anexo 3. Declaración jurada	153
Anexo 4. Carta del tutor.....	154
Anexo 5. Carta del lector.....	155
Anexo 6. Carta de autorización CENIT.....	156

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.	42
Tabla 2. Operacionalización de las variables sociodemográficas, estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria, en personas adultas mayores, no institucionalizadas, en la provincia de Heredia.....	46
Tabla 3. Datos sociodemográficos de la población adulta mayor no institucionalizada, por sexo, edad, estado civil, escolaridad y nacionalidad, Heredia, 2020.	58
Tabla 4. Cantidad de personas adultas mayores no institucionalizadas que realiza Siestas y la duración de estas.....	66
Tabla 5. Relación del fumado con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.....	79
Tabla 6. Relación del consumo de bebidas alcohólicas con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	80
Tabla 7. Relación de la actividad física con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	80
Tabla 8. Relación de las horas de sueño con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	81
Tabla 9. Relación de si realiza siestas con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	81
Tabla 10. Relación de la condición de la dentadura con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	82
Tabla 11. Relación de si tiene problemas o se le dificulta masticar o deglutir los alimentos con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020... ..	83
Tabla 12. Relación de los tiempos de comida con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	84
Tabla 13. Relación del método de preparación más habitual de los alimentos con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.....	85
Tabla 14. Relación del consumo de sal con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	86
Tabla 15. Relación de si evita el consumo de frituras y grasas con la presencia de patologías, el tratamiento farmacológico y la asistencia a control médico, de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.....	87
Tabla 16. Relación del consumo de cucharaditas de azúcar con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.....	88
Tabla 17. Relación de la alimentación variada con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	89
Tabla 18. Relación de la asistencia a control médico con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	90
Tabla 19. Relación del consumo de bebidas alcohólicas con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	91

Tabla 20. Relación de la actividad física con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	92
Tabla 21. Relación del fumado con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	93
Tabla 22. Relación de las horas de sueño con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	93
Tabla 23. Relación de la actividad física y la conducta alimentaria con la presencia de patologías, de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	94
Tabla 24. Relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la conducta alimentaria con la presencia de patologías, de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020..	95
Tabla 25. Relación entre el fumado y la conducta alimentaria con la presencia de patologías, de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.	96
Tabla 26. Relación entre el tiempo que permanece sentado y la conducta alimentaria con la presencia de patologías, de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020..	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de la población adulta mayor encuestada, según el tipo de religión que practica, en la provincia de Heredia, 2020.	60
Figura 2. Tipo de ingreso económico de la población adulta mayor encuestada, en la provincia de Heredia, 2020.....	60
Figura 3. Porcentaje de personas adultas mayores que consumen bebidas alcohólicas, de la provincia de Heredia, 2020.....	61
Figura 4. Porcentaje de personas adultas mayores que consumen cigarrillos, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.	62
Figura 5. Porcentaje de personas adultas mayores que realizan actividad física, en la provincia de Heredia, 2020. Elaboración propia, 2020.	62
Figura 6. Cantidad de personas adultas mayores según el tipo de actividad física que realizan, en la provincia de Heredia, 2020.	63
Figura 7. Porcentaje de personas adultas mayores según el tiempo que dedican a la Actividad física, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	63
Figura 8. Porcentaje de personas adultas mayores según el tiempo que permanecen sentados durante el día, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	64
Figura 9. Porcentaje de personas adultas mayores según su condición de la dentadura, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	65
Figura 10. Porcentaje de personas adultas mayores, según presenten o no problemas de deglución, en la provincia de Heredia, 2020.	65
Figura 11. Porcentaje de personas adultas mayores según las horas de sueño que poseen, en la provincia de Heredia, 2020.....	66
Figura 12. Porcentaje de personas adultas mayores que presenta una o varias de las anteriores patologías, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	67
Figura 13. Porcentaje de personas adultas mayores que asiste a control médico, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	68
Figura 14. Porcentaje de personas adultas mayores que toma algún tratamiento farmacológico, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	68
Figura 15. Cantidad de medicamentos que toman al día las personas adultas mayores encuestadas, en la provincia de Heredia, 2020.....	69
Figura 16. Cantidad de tiempos de comida que realizan las personas adultas mayores encuestadas, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	70
Figura 17. Cantidad de personas adultas mayores según los tiempos de comida que realizan, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.	70
Figura 18. Porcentaje de personas adultas mayores según el tipo de líquido que consumen con mayor frecuencia durante el día, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	71

Figura 19. Porcentaje de personas adultas mayores según la cantidad de azúcar que le ponen a las bebidas, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	72
Figura 20. Porcentaje de personas adultas mayores que agrega o no sal extra a las comidas ya preparadas, en la provincia de Heredia, 2020.....	72
Figura 21. Cantidad de personas adultas mayores según los alimentos que ingieren entre las comidas, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020	73
Figura 22. Porcentaje de personas adultas mayores según el tipo de preparación más habitual que utilizan, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	73
Figura 23. Porcentaje de personas adultas mayores según la acción que realizan con la grasa visible de las carnes, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020	74
Figura 24. Porcentaje de personas adultas mayores según el tipo de grasa que utilizan para cocinar, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	74
Figura 25. Porcentaje de personas adultas mayores según si evita o no el consumo de grasas no saludables y frituras, en la provincia de Heredia, 2020.....	75
Figura 26. Porcentaje de personas adultas mayores según el factor que considera más importante a la hora de elegir un alimento para su consumo, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	75
Figura 27. Porcentaje de personas adultas mayores, según consideren si su alimentación es variada, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.....	76
Figura 28. Porcentaje de personas adultas mayores, según la conducta que realiza al sentirse satisfecho al comer, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020	76
Figura 29. Porcentaje de personas adultas mayores, según el motivo por el que evita algún alimento, en la provincia de Heredia, 2020.	77
Figura 30. Porcentaje de personas adultas mayores que al momento de comer, utiliza algún distractor, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020	78

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CEPAL: Comisión económica para América Latina y el Caribe.

HTA: Hipertensión arterial.

ECV: Enfermedades cardiovasculares

IAS: Índice de Alimentación Saludable

CONAPAM: Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SABE: Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento).

CRELES: Estudio Longitudinal de Envejecimiento Saludable de Costa Rica.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo agradecer a Dios y a mi familia por todo el apoyo a lo largo de todos estos años, sin ellos no hubiera sido posible llegar tan lejos. Gracias infinitas a mis papás por el esfuerzo que realizaron por mí, por siempre creer en mí, por darme el ejemplo, en luchar por mis sueños, y en nunca rendirme, este logro es para ustedes.

Llegar hasta aquí tampoco hubiera sido posible sin el apoyo incondicional que me dieron mis amigos que fui formando en la Universidad a lo largo de estos años, gracias por ser esa mano amiga que siempre estuvieron ahí en las buenas y en las malas. Y a mis profesores y profesionales que fueron los encargados de mi formación y guía, gracias a cada uno por los consejos, enseñanzas en este proceso.

¡Muchas gracias!

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial, se presenta un incremento del número de personas adultas mayores y en Costa Rica no es la excepción, la población va envejeciendo cada vez más, es importante conocer qué factores repercuten a nivel de salud en esta población y cuáles son los problemas que se pueden abordar nutricionalmente para mejorar su calidad de vida. Las principales morbilidades que enfrenta este grupo poblacional son las enfermedades crónicas no transmisibles como efecto de algunos hábitos y costumbres poco saludables que se conservan desde la niñez. La identificación de diversas patologías en la persona adulta mayor, la prevalencia y sus factores de riesgo comprenden la primera etapa en el control y prevención de estas enfermedades a futuro, a su vez comprender en como la presencia de estas patologías, pueden deberse a estilos de vida pasados o presentes que alteran el estado de salud de esta población. **Objetivo general:** Relacionar el estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria en personas adultas mayores no institucionalizadas de 65 a 85 años, en la provincia de Heredia, en el período del año 2020. **Metodología:** La investigación incluyó a 45 personas adultas mayores de 65 a 85 años residentes en la provincia de Heredia. A estos se les aplicó un cuestionario con aspectos sobre estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria. Este cuestionario se aplicó en físico y en digital. **Resultados y discusión:** En cuanto al estilo de vida de acuerdo con los componentes que se incluyeron, la mayoría reflejan resultados positivos, la mayoría realiza actividad física como caminar y practicar natación, no consumen bebidas alcohólicas ni tabaco, duermen las horas recomendadas de 6 a 8, el 50% realiza siestas de 20 a 30 minutos durante el día. Las patologías que se destacan son la hipertensión arterial, la gastritis y la dislipidemia. Otro resultado positivo es que la mayoría afirma asistir a control médico con regularidad. Al analizar la conducta se pudo apreciar que el comportamiento alimentario de esta población se caracterizó en ser adecuado, realizan de 3 a 4 tiempos de comida se destacó el consumo de agua, el tener la alimentación variada, el no agregar sal extra, evitar las frituras, utilizar algún distractor cuando se come, y toman en cuenta el contenido nutricional de los productos. **Conclusiones:** Los participantes fueron mayoritariamente del sexo femenino, con edades entre 65 y 70 años, casados y con estudios universitarios completos, en su mayoría. Las personas adultas mayores participantes, tienen un estilo de vida favorable, dados los comportamientos manifiestos, en cuanto a consumo de bebidas alcohólicas, consumo de cigarrillos, realización de actividad física y horas de sueño. Referente a las patologías, se destaca la hipertensión arterial como la de mayor presencia. Los participantes en su mayoría hacían de tres a cuatro tiempos de comida, preferían el consumo de agua, sin agregar sal extra y el método al vapor. **Palabras clave:** estilo de vida, patologías, conducta alimentaria, persona adulta mayor.

ABSTRACT

Introduction: Worldwide, there is an increase in the number of older adults and in Costa Rica it is not the exception, the population is aging more and more, it is important to know what factors affect health in this population and what are the problems that can be addressed nutritionally to improve your quality of life. The main morbidities faced by the elderly are chronic non-communicable as a result of habits and customs that are preserved from childhood. The identification of various pathologies in the elderly, the prevalence and their risk factors comprise the first stage in the control and prevention of these diseases in the future, in turn understanding how the presence of these pathologies may be due to lifestyles past or present that alter the health status of this population. **General objective:** Relate the lifestyle, presence of pathologies and eating behavior in non-institutionalized older adults aged 65 to 85 years, in the province of Heredia, in the period of the year 2020. **Methodology:** The research included 45 adults aged 65 to 85 years residing in the province of Heredia. A questionnaire was applied to them with aspects about lifestyle, presence of pathologies and eating behavior. This questionnaire was applied in physical and digital. **Results and discussion:** Regarding the lifestyle according to the components that were included, the majority reflect positive results, the majority perform physical activity such as walking and swimming, do not consume alcoholic beverages or tobacco, sleep the recommended hours of 6 to 8, 50% take naps for 20 to 30 minutes. The pathologies that stand out are arterial hypertension, gastritis and dyslipidemia. Another positive result is that the majority claim to attend regular medical check-ups. When analyzing the behavior, it could be seen that the eating behavior of this population was characterized as adequate, they perform 3 to 4 T / C, water consumption was highlighted, having a varied diet, not adding extra salt, avoiding the fried foods, use a distraction when eating, and take into account the nutritional content of the products. **Conclusions:** The participants were mostly female, aged between 65 and 70 years, married and with completed university studies, for the most part. Participating older adults have a favorable lifestyle, given the manifest behaviors, regarding the consumption of alcoholic beverages, cigarette consumption, physical activity and hours of sleep. Regarding pathologies, arterial hypertension stands out as the one with the greatest presence. The majority of the participants had three to four meal times, they preferred the consumption of water, without adding extra salt and the steam method. **Keywords:** lifestyle, pathologies, eating behavior, older adults.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A continuación, se presentan los antecedentes nacionales e internacionales más relevantes para esta investigación.

1.1.1 Antecedentes del problema

A nivel mundial, se presenta un incremento del número de personas adultas mayores y esto hace pensar en cómo estará la situación nutricional de estas personas adultas mayores. Quintero et al (2018) contempla un estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que señala que, en todos los países de la región de América Latina y el Caribe, aumentará la proporción de personas de 60 años y más; y este crecimiento será mayor que el de otros grupos etarios cifras entre 5 y 3 veces mayores que en otros años. Sabiendo esto, que cada año la población adulta mayor aumenta y con ello se vienen nuevos retos para mantener o mejorar la salud y la calidad de vida de esta población desde el ámbito nutricional junto con otras áreas de importancia.

Un estudio realizado en España en personas adultas mayores autónomas no institucionalizadas analiza los factores de riesgo nutricional y sus resultados arrojan que factores tales como la edad (≥ 85 años), el sexo femenino, viudez, el vivir solo, no tener estudios, ser sedentario y encontrarse en riesgo o problema social están asociados a un mayor riesgo de tener malnutrición, además se vio el efecto inverso entre realizar algún tipo de ejercicio y tener menor riesgo. (Montejano , y otros, 2014).

Diversos estudios demuestran que la percepción que poseen las personas adultas mayores sobre su estado de salud influye en su calidad de vida. Un estudio realizado en Cuba acerca del estilo de vida y autopercepción de la salud en personas adultas mayores contemplaba hábitos, costumbres y estilos de vida, ingestión de bebidas y fumado, práctica de ejercicios físicos,

participación en el núcleo familiar, sociedad, en actividades recreativas, entre otros elementos que permiten describir y determinar los estilos de vida. Se encontró que el 33,3% de las personas adultas mayores tenía un estilo de vida favorable. Mientras que el 66,7% no poseían un estilo de vida favorable. De los factores que más influyeron en el resto de esta población adulta mayor fueron el consumo de café, tabaco, ingestión de bebidas alcohólicas y el sedentarismo (Rosales, García, & Quiñones, 2014).

En un estudio realizado en Chile donde se investigó la relación entre los hábitos alimenticios, estado nutricional y estilo de vida se destacaron los siguientes resultados: Al evaluar el estilo de vida, el 96% se clasificó con estilo de vida muy bueno y bueno. El 53,5% de las personas adultas mayores que realizaba algún tipo de actividad física presentaron un estado nutricional normal, y quienes no realizaban presentaron en un 23,1% un estado de obesidad. En este caso se encontró que las personas con estilo de vida bueno y muy bueno presentaron los porcentajes más altos de estado nutricional normal (Barrón, Rodríguez, & Chavarría, 2017).

Este autor atribuye el haber encontrado un 96% de clasificación con estilo de vida bueno y muy bueno, al alto nivel de estudios de los participantes, aunque este último no es determinante para tener un buen estilo de vida, sumado a la participación social de este grupo en la comunidad, los buenos hábitos alimentarios, la práctica de actividad física y el estado nutricional normal, estaría según el autor reflejándose en un envejecimiento exitoso y contribuyendo a una mejor calidad de vida de este grupo etario. (Barrón, Rodríguez, & Chavarría, 2017).

La identificación de diversas patologías en población adulta mayor el adulto mayor, la prevalencia y sus factores de riesgo comprenden la primera etapa en el control y prevención de estas enfermedades a futuro, a su vez comprender en como la presencia de estas patologías,

pueden deberse a estilos de vida pasados o presentes que alteran el estado de salud de esta población.

Las principales morbilidades que enfrentan las personas mayores son las crónicas no transmisibles como efecto de los hábitos y costumbres que se conservan desde la niñez. El impacto de estas enfermedades en la población de edad avanzada es dos o tres veces mayor en países de ingresos bajos y medianos, que en los de ingresos altos. Incluso en los países más pobres, la mayor carga para la salud de las personas mayores proviene de enfermedades como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, discapacidad visual, pérdida de la audición y demencia. Con frecuencia las personas de edad avanzada padecen varios de esos problemas de salud al mismo tiempo (Guerrero & Yépez, 2015).

Un estudio realizado en Colombia en la ciudad de Pasto con población adulta mayor de 60 años evidencia un mayor número de comorbilidades, así como el aumento del número de éstas a medida que avanza la edad. Es así como en una muestra de 353 personas con quienes se pudo obtener el dato de enfermedades previas o actuales, el 96% de la muestra presentaba al menos una comorbilidad. De las cinco condiciones más prevalentes se encontró la hipertensión arterial (55.6 %), insuficiencia venosa (40.4%), dislipidemia (40.3%), infección urinaria (38%) y artrosis/artritis (34.7%). También se observó que los medicamentos que más consumen esta población mayor son los que actúan sobre el sistema cardiovascular (51.9%), seguido de los analgésicos (39.7%) y medicamentos metabólicos (se agrupan fármacos para la diabetes y tiroideo) (Morales, y otros, 2016).

La presencia de varias enfermedades crónicas es un problema común que enfrenta esta población y que se intensifican a medida que aumenta la edad. Datos del “Medicare” citado por: (Morales, Rosas et al 2016) en su artículo afirma que 32% de la población en el grupo de 65-

69 años sufre de tres o más condiciones crónicas y que entre los 80-84 años la prevalencia de multimorbilidad aumenta un 52%. Entre la población en general 76% sufren de tres o más condiciones crónicas. La suma de estas patologías y comorbilidades se asocia con mortalidad, deterioro funcional, y baja calidad de vida. (Morales, y otros, 2016)

En un estudio realizado en Cuba sobre el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores, en relación con la presencia de éstas, predominó la hipertensión arterial, que se presentó en el 55 % de las personas adultas mayores, seguida por las enfermedades del corazón, con un (32 %), y la diabetes mellitus (18 %). Se destaca también en este estudio, que el 15 % de los adultos mayores de la muestra presentaba deterioro cognitivo, el 9,3% había padecido de enfermedades cardiovasculares (ECV) y que la depresión se presenta en el 6,7 % de los casos objeto de estudio. Otros factores, en cambio, predominaron en los hombres, como es el caso del alcoholismo con un 5,9 % de los estudiados y el hábito de fumar con un 37,3 % (Llibre, Guerra, & Perera, 2008).

En una investigación sobre el comportamiento de diferentes enfermedades en población adulta mayor en Cuba, predominó la hipertensión arterial como enfermedad crónica padecida en ambos sexos. En los grupos etarios 60 a 64 y 65 a 69 años mayoritariamente presentaron una enfermedad crónica no transmisible, el grupo 70 a 74 prevaleció con dos, mientras que el grupo 75 y más años predominó con tres. Fue prevalente el antecedente familiar de primer grado y el factor de riesgo, y hábito de fumar (González & Cardentey, 2018).

En un artículo publicado por: (Guerrero & Yépez, 2015) se menciona los resultados de la encuesta (SABE) que significa: Salud, Bienestar y Envejecimiento e investiga las condiciones de salud de las personas adultas mayores de 7 países en América Latina, en la cual se identificó que, en los países de América Latina, las personas adultas mayores padecen alteraciones como

hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares y artritis en prevalencias más altas que en Estados Unidos.

También se menciona que en los países industrializados la frecuencia de hipertensión arterial entre la población mayor de 65 años es aproximadamente del 60%, ésta es considerada factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, renales y accidentes cerebrovasculares, una de las patologías más incapacitantes. (Guerrero & Yépez, 2015).

En un estudio sobre la percepción de la influencia alimentaria en personas adultas mayores en Chile, se menciona que la alimentación de este grupo etario se ve influenciada por las familias, la situación económica y emociones. Se refiere a que la familia, en especial los hijos, condicionan de forma positiva su alimentación, a través de un apoyo en la selección de alimentos, el tipo de preparaciones a consumir y el mantenimiento del estado de salud mediante la alimentación. Se puede decir que mantener a la familia cerca, y el no vivir solo, posee un efecto positivo en cuanto al mantenimiento y vigilancia de que la alimentación de estas personas adultas mayores sea de manera adecuada (Troncoso, Echeverría, Mellado, & Troncoso, 2017).

Un estudio realizado en España con población adulta mayor no institucionalizada, con edades mayores a 80 años, analizó la calidad de la dieta de este grupo, cuyos métodos para evaluarla fueron mediante el estudio de los hábitos alimentarios, la frecuencia de consumo de grupos de alimentos y el patrón alimentario seguido por la población (Hernández & Goñi, 2015).

Dicha población, presentó valores de IAS (índice de alimentación saludable) cercanos a los correspondientes a una dieta saludable. La mayoría de la población cumplió las recomendaciones de la dieta mediterránea, sin embargo, la frecuencia de consumo de verduras y hortalizas fue ligeramente inferior a lo recomendado. Los frutos secos y el vino presentaron

la misma característica, se observó alto consumo de embutidos. En general la mayoría estudiada presentó buenos hábitos de consumo de alimentos. Consumía diariamente alimentos como cereales, frutas, lácteos y grasas. El aceite de oliva se destacó como la principal grasa utilizada, así como el pan, la leche semidescremada y el yogurt fueron los más consumidos (Hernández & Goñi, 2015).

De acuerdo con los resultados que arrojó el estudio anterior, se destaca que, un porcentaje significativo necesitaba cambios en su alimentación, siendo los mayores de 90 años los que requirieron una mayor intervención dietética. Por lo que se llega a la conclusión, de que, la dieta consumida habitualmente por los españoles mayores de 80 años no institucionalizados presenta desajustes nutricionales que podrían corregirse realizando pequeños cambios en su patrón dietético (Hernández & Goñi, 2015).

Según un estudio sobre el comportamiento alimentario de personas adultas mayores institucionalizadas, éstas, se caracterizan por realizar al menos tres tiempos de comida, pero con inadecuados aportes nutritivos, los que no cubren los requerimientos nutricionales adecuados y que, junto con otros factores, favorece la presencia de malnutrición por déficit (Troncoso, 2017).

Al compararse con las personas adultas mayores no institucionalizadas, también presentan el mismo número de tiempos de alimentación con una inadecuada calidad de alimentos que ingieren. Se pudo considerar que la alimentación de las personas adultas mayores, independiente de su lugar de residencia, no son apropiadas para el respectivo grupo etario (Troncoso, 2017).

Es interesante notar que, tanto en instituciones como en hogares, la situación alimentaria de la persona adulta mayor ha de ser atendida, buscando suplir las carencias nutricionales que denotan y atender sus necesidades de manera integral.

Un estudio sobre la prevalencia y factores de riesgo en personas adultas mayores en Costa Rica refleja como el riesgo nutricional lo presentó el 34% de la población, hubo una asociación entre la presencia de comorbilidades y riesgo nutricional. Se menciona el edentulismo presente en el 50% de los participantes como un predisponente a la desnutrición, teniendo en cuenta que este factor probablemente limita o dificulta su alimentación, conduciendo al consumo de alimentos suaves, carentes de nutrientes, generando así el riesgo y presencia de desnutrición en esa población (Barrientos , Madrigal , & Abarca , 2014).

La población costarricense está presentando nuevos padecimientos que van relacionados con la vida y la mala alimentación que han llevado las personas, lo anterior según expertos se posiciona como el primer portillo para que los padecimientos surjan. Y esta realidad se refleja en el I Informe del estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, según este informe la esperanza de vida promedio se prolongó hasta los 80 años, pero de la mano con ese gran logro venía un ‘combo’ de enfermedades crónicas. En este informe se veía como la población adulta mayor ya reportaban tener entre uno a nueve padecimientos en los que sobresalían la diabetes, el colesterol en la sangre y la hipertensión arterial. (CONAPAM, 2008). Datos del II Informe del estado de situación de la persona adulta mayor, reflejan que las enfermedades son las mismas, la diferencia es que hay más personas adultas mayores padeciéndolas. Hay una alta prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión, artrosis, dolor crónico de espalda, diabetes mellitus, gastritis, enfermedades del corazón y las relacionadas con la glándula tiroides, acompañado de esto, se observa una reducción en la mortalidad, lo cual sugiere que el sistema de salud costarricense ha permitido disminuir la letalidad de estas enfermedades a través de su control y servicios preventivos (UCR, CONAPAM, 2020).

Varios estudios han identificado que algunas prácticas relacionadas con la salud como son el fumado, consumo de alcohol, ejercicio, horas de sueño y obesidad, se asocian significativamente con la prevalencia o aparición de diferentes patologías.

En este estudio realizado en nuestro país Costa Rica en el 2007 sobre los estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES, destaca que casi la mitad de las personas adultas mayores que participaron consideran su estado de salud de “regular” a “malo” predominando estos resultados en mujeres y en no residentes de la gran área metropolitana (GAM). (Fernández & Méndez, 2007).

La presencia de 1 a 2 enfermedades crónicas es generalizada en más de la mitad de las personas adultas mayores de ambos sexos, un 24,5% de las que reportan más de tres patologías la mayoría son del sexo femenino. En cuanto al comportamiento general de los estilos de vida y comportamientos de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES, se incluyeron preguntas acerca del estado nutricional, el tabaquismo, uso de bebidas alcohólicas, actividad física referida a si en los últimos doce meses la persona adulta mayor hizo regularmente ejercicio o actividad física asociada a deportes, baile, o trabajo pesado por lo menos 3 veces por semana y la opinión sobre cambios en la dieta en los últimos 10 años relacionado con que si ha cambiado en cuanto a si es mayor o menor el consumo de diferentes alimentos (Fernández & Méndez, 2007).

De las personas adultas mayores de la muestra, el 10% son fumadores activos y de ellos la mayoría son del sexo masculino, mientras que el 79% de las adultas mayores del sexo femenino nunca han fumado. Con relación al consumo de bebidas alcohólicas, destaca un 2.7% que aun refiere tomar diariamente, los cuales son en su mayoría del sexo masculino. En estos casos puede deberse a la tradición de tomarse un trago con la comida, o a bebedores compulsivos. En

cuanto a la práctica de ejercicio físico, de las personas adultas mayores participantes, el 31% de ellas reportan actividad física en el tipo y la frecuencia consultada de 3 veces por semana, quedando casi un 70% en la condición de no activo (Fernández & Méndez, 2007).

1.1.2 Delimitación del problema

El estudio se lleva a cabo con 45 personas adultas mayores de ambos géneros de 65 a 85 años, de clase económica baja, media y alta, no institucionalizados. Durante el período del primer semestre del 2020, en Heredia, Costa Rica.

1.1.3 Justificación

El objetivo principal de la investigación es relacionar el estilo de vida, presencia de patologías y la conducta alimentaria de las personas adultas mayores no institucionalizadas.

Este tema resulta útil porque como van pasando los años la población va envejeciendo cada vez más, y en Costa Rica esto va en aumento, por eso es importante conocer qué factores repercuten a nivel de salud en esta población y cuáles son los problemas que se pueden abordar nutricionalmente para mejorar su calidad de vida.

La alimentación es importante en el proceso del envejecimiento, el estilo de vida de las personas adultas mayores, unido a los malos hábitos alimentarios, la disponibilidad de recursos, el aislamiento, las enfermedades crónicas y degenerativas comprometen el consumo de alimentos y por ende su estado nutricional, funcionalidad y calidad de vida. (Sánchez , Mendoza, Cereceda, & Espinoza, 2014). La alimentación también se ve comprometida por otras situaciones como lo son el edentulismo, la disminución del gusto, los problemas de visión entre otros, que dificultan que la persona adulta mayor disfrute de sus comidas o la preparación de éstas, lo que podría provocar que consuman alimentos de fácil alcance que no siempre son los más adecuados o saludables.

Es importante analizar la conducta alimentaria que posee esta población, la variedad en los alimentos que consume, el tipo de preparaciones e identificar las preferencias, aversiones y excesos que pueden afectar su estado de salud o agravar ciertas patologías. Muchos de estos factores, como la conducta, la aparición de enfermedades, la funcionalidad, son reflejo de un estilo de vida que ha llevado por años o que han ido adaptando a la actualidad, sin mencionar la carga genética que heredamos de nuestras familias.

Según datos del INEC (2015), aproximadamente dos tercios de la población de 65 años y más vive en la región central. En el caso de la provincia de Heredia, a pesar de no ser la provincia con mayor cantidad de personas adultas mayores, ha presentado un crecimiento paulatino de

este sector de la población. Se ha demostrado que Heredia alberga gran cantidad de personas adultas mayores que habitan tanto en hogares de larga estancia como en su propia vivienda.

Esta provincia posee porcentajes altos en cuanto a educación, acceso a servicios de salud y mayor porcentaje de población asegurada, Pese a esto, y tomando en cuenta lo anterior, surge la raíz principal de esta investigación en donde se busca relacionar el estilo de vida, presencia de patologías y la conducta alimentaria, con el fin generar información actualizada que sirva de referencia para futuras investigaciones ya que existen pocas investigaciones sobre estos temas en dicha provincia.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación del estilo de vida, la presencia de patologías y la conducta alimentaria en personas adultas mayores no institucionalizadas de 65 a 85 años, en la provincia de Heredia, en el período del año 2020?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Relacionar el estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria en personas adultas mayores no institucionalizadas de 65 a 85 años, por medio de la utilización de un cuestionario elaborado para la recolección de datos, en la provincia de Heredia, en el período del año 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas que poseen las personas adultas mayores en estudio, mediante un cuestionario de recolección de datos.
- Determinar el estilo de vida de las personas adultas mayores, mediante el uso de un cuestionario.
- Identificar la presencia de patologías en las personas adultas mayores no institucionalizadas, mediante el uso de un cuestionario elaborado para la recolección de estos datos.
- Analizar la conducta alimentaria de las personas adultas mayores no institucionalizadas, mediante un cuestionario elaborado sobre conducta alimentaria.
- Relacionar el estilo de vida, y la conducta alimentaria, de las personas adultas mayores no institucionalizadas.
- Relacionar la presencia de patologías, y la conducta alimentaria, de las personas adultas mayores no institucionalizadas.
- Relacionar el estilo de vida y la presencia de patologías de las personas adultas mayores no institucionalizadas.
- Relacionar el estilo de vida y la conducta alimentaria con la presencia de patologías de las personas adultas mayores no institucionalizadas.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

A continuación, se describen los alcances y limitaciones encontrados al momento de realizar la presente investigación.

1.4.1 Alcances de la investigación

- Con los resultados obtenidos en esta investigación, se genera información reciente en relación con el estilo de vida, la presencia de patologías y la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, lo cual constituyen antecedentes valiosos para otros estudiantes y futuras investigaciones.
- Mejorar el conocimiento mediante la actualización de estos temas haciendo énfasis en población adulta mayor que en muchas ocasiones se les deja de lado.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

- La mayoría de las limitaciones que se encontraron durante el proceso son debido a como afectó la pandemia del Covid-19 y como se tuvo que adaptar el proceso a la situación actual. En un principio el limitante fue tener variables en el título de la investigación que implicaran el contacto físico con los participantes como lo era la toma de medidas antropométricas para evaluar el estado nutricional, por lo que esta limitación se resolvió mediante el cambio de estas variables por otras que se pudieran evaluar mediante el uso de un cuestionario.
- Una de las limitaciones que se tuvo también fue verse detenido el proceso de recolección de datos por más de dos meses debido a la situación actual del país con respecto a la pandemia del Covid- 19. La limitación en un principio fue poder aplicar el instrumento

de recolección de datos de forma presencial como estaba planeado, ya que el contacto físico/presencial con los participantes de la investigación no era recomendable debido a las restricciones propuestas por el Ministerio de Salud por el riesgo de contagio, y este riesgo era mayor debido a que la población en estudio es vulnerable. Este limitante se resolvió modificando la metodología de recolección de datos, y se realizaron ajustes para poder pasar el cuestionario a forma digital, para que pudiera ser llenado por las mismas personas adultas mayores o con la ayuda de un familiar cercano. Todo esto se realiza con la rapidez posible para recuperar el tiempo e ir avanzando con lo demás.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Población adulta mayor y el envejecimiento

La relación del proceso de envejecimiento en la persona adulta mayor se asocia con un aumento de problemas y enfermedades que afectan su condición de salud, los problemas nutricionales son uno de ellos, que pueden derivar de diferentes causas, sin embargo se habla de que la población adulta mayor posee mayor riesgo de padecerlos, la prevalencia de malnutrición en estas personas se asocia a diferentes factores entre ellos; la disminución de la ingesta de alimentos, problemas masticatorios y de deglución, a cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, a enfermedades crónicas, a la polifarmacia, y situaciones de estrés o depresión que en conjunto pueden afectar su condición de salud y acelerar el proceso de envejecimiento y por ende su calidad de vida (Varela, 2013).

Hoy se habla de que un 70% de los factores que inciden en el aceleramiento del proceso de envejecimiento de las personas, son causa directa de los hábitos de vida y del entorno, mientras que tan sólo el 30% se debe a factores genéticos.

Envejecer de forma saludable es uno de los nuevos conceptos que se pretende que las personas interioricen y consiste en adoptar estilos de vida físicos saludables: hacer ejercicio físico con moderación, llevar una dieta saludable, evitar el abuso de medicamentos y la automedicación, el tabaco y el alcohol, vacunarse, entre otros. Al igual que adoptar estilos mentales de vida saludables: realizar actividades intelectuales, descansar, tener aficiones, buscar nuevos intereses, detección precoz de la ansiedad y de la depresión, insomnio, aprender a controlar las emociones negativas y potenciar las emociones positivas. Y no solo estos, sino además estilos

de vida sociales saludables: aceptar el nuevo rol familiar-social, mantener los contactos, no aislarse, ser útil a los demás (Limón & Ortega, 2011).

Estilos de vida

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (Wong, 2012).

El hecho de que las causas principales de muerte se desplacen paulatinamente desde los procesos infecciosos a los factores ambientales, hace que cobre importancia los estilos de vida y su impacto sobre la salud (Wong, 2012).

Los entornos en los que se vive una persona durante la niñez junto con las características personales tienen efectos a largo plazo en la forma de envejecer, estos tienen influencia en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantener hábitos saludables a lo largo de la vida, el llevar una adecuada alimentación, el realizar actividad física periódica y abstenerse de fumar o consumir bebidas alcohólicas, son elementos que en conjunto contribuyen a disminuir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales en la etapa de envejecimiento (Organización mundial de la salud, 2018).

Los expertos señalan que los estilos de vida, pueden ser los determinantes de que una persona pueda padecer algunas enfermedades como: Alzheimer, hipertensión arterial, cardiopatías e

incluso el cáncer, entre otras y que pueden tener también efectos positivos en la salud psicofísica, y en la longevidad (Limón & Ortega, 2011).

La calidad y el estilo de vida son dos términos que se encuentran asociados; es así como la mejora de la calidad de vida de las personas podría ser posible a través de la adopción de un estilo de vida saludable.

Cuando se analiza los diferentes componentes de los estilos de vida en la mayoría de los estudios se encuentran variables clásicas: consumo de alcohol, consumo de tabaco, actividad física, horas de sueño, horas de descanso entre otros.

Consumo de alcohol

El alcohol puede actuar de manera diferente en las personas adultas mayores, estas pueden sentirse "drogadas o eufóricas" sin importar la cantidad de alcohol que beben. Esa sensación puede hacer que tengan mayor probabilidad de tener accidentes, inclusive caídas y fracturas, siendo más sensibles las mujeres que los hombres a los efectos del alcohol. El consumir bebidas alcohólicas por mucho tiempo puede ocasionar diferentes problemas en el organismo entre ellos: ciertos tipos de cáncer, daños en el hígado, problemas cardiovasculares, pérdida de memoria o confusión y empeorar algunas condiciones de salud como la osteoporosis, diabetes, presión arterial alta, derrame cerebral y úlceras. Además de provocar problemas de equilibrio y caídas (National Institute on Aging, 2017).

Consumo de tabaco

Un problema que ha sido poco estudiado en las personas de 60 años y más, es el consumo de alcohol y tabaco. Los estudios suelen enfocarse en la gente joven, sin embargo, el consumo de

estos es frecuente entre las personas mayores, tanto el consumo como el abuso de estos, se asocia con problemas de salud y enfermedades. El consumo de tabaco disminuye con la edad, sin embargo, la prevalencia de consumo de cigarrillos después de los 45 años se mantiene estable. (Pavón, Gogeochea, Sobeida, & Sánchez, 2018). Tal como lo afirma la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), los efectos del tabaco en las personas mayores resultan más perjudiciales que en una persona joven, ya que su estado de salud suele ser peor, lo que los vuelve vulnerables a los efectos negativos del tabaco. Se calcula que el 20% de las personas mayores padecen enfermedades respiratorias debido al tabaco y a otros hábitos dañinos. Además, el consumo está asociado a problemas cardiovasculares y diferentes tipos de cáncer como el de boca, esófago entre otros.

Actividad física en las personas adultas mayores

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

La Organización Mundial de la Salud destaca el importante papel de la actividad física para alcanzar un envejecimiento saludable y con calidad de vida. Afirma que la actividad física a lo largo de la vida tiene como principal beneficio aumentar la longevidad, otros de los beneficios es que preserva la fuerza muscular y la función cognitiva, reduce los niveles de ansiedad y depresión, y mejora notablemente los sentimientos de autoestima (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La recomendación de actividad física en personas adultas mayores de 65 años en adelante es que dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien, algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación

equivalente de actividades moderadas y vigorosas, a fin de obtener mayores beneficios para la salud (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Sin dejar de un lado, la población sedentaria, esta también debe ser estimulada para desarrollar el hábito de la actividad física regular, a realizar ejercicios acuerdo con su estado de salud y hacerlo parte del estilo de vida de la persona, como parte de las recomendaciones incluir de 20-30 minutos de actividad aeróbica como caminatas y trotes, entre 3 y 5 días por semana; ejercicios para mantener o incrementar la masa muscular, ejercicios de resistencia, y actividades que ejercitan el equilibrio, son recomendadas para mejorar la estabilidad y prevenir las caídas y problemas relacionadas a ellas (Aliaga, Cuba, & Mar, 2016).

Horas de sueño en las personas adultas mayores

Los problemas relacionados al dormir o conciliar el sueño resultan muy comunes en personas de edad avanzada, éste se asocia a la presencia de diferentes enfermedades, estrés, consumo de fármacos, cambios en los estilos de vida, entre otros factores que contribuyen paulatinamente a la disminución de la funcionalidad en esta etapa de vida (D'Hyver, 2018). En la población adulta mayor las horas recomendadas de sueño son de 7 a 8 horas todas las noches, teniendo en cuenta que, en estas personas, el sueño es menos profundo y más entrecortado que el sueño en las personas más jóvenes.

La perturbación del sueño también puede presentarse sin que haya alguna enfermedad de por medio, se puede deber también por depresión, dolor en las articulaciones causadas por la artritis, ser poco activo durante el día, el consumo de estimulantes con cafeína o nicotina, consumo de alcohol, y problemas como la incontinencia urinaria. En la medida de lo posible las personas

mayores deben adoptar este estilo de vida con respecto al tiempo de descanso, esto contribuirá a su salud y por consiguiente su calidad de vida.

El tiempo de permanecer sentado

Este estilo de vida es muy común verlo sobre todo en personas adultas mayores, pero se ha visto que el tiempo que permanece sentado una persona puede estar reemplazando la actividad física o la realización de actividades cotidianas, también puede relacionarse con el consumo de bocadillos de fácil acceso, y no saludables, y aún más si esta acción se acompaña del uso del televisor por largo tiempo.

Un estudio de la Sociedad Americana contra el cáncer encuentra un vínculo entre los largos periodos de tiempo libre que se pasa sentado y un riesgo más alto de mortalidad de todas las causas. El estudio señala que los que pasaron la mayor parte de tiempo libre sentados presentaron riesgos más altos de mortalidad de cáncer, cardiopatía, derrames, diabetes, insuficiencia, enfermedades digestivas, Parkinson y Alzheimer entre otras. Según este estudio el pasar mucho tiempo libre sentado se asoció con una tasa de mortalidad de 19% (Patel , Maliniak, Rees, Matthews, & Gapstur, 2018).

Patologías en población adulta mayor

Patologías se refieren a un conjunto de enfermedades, problemas de salud que se derivan de causas genéticas, autoinmunes, provocadas por mala alimentación entre otros factores que pueden traer complicaciones en el organismo.

Las principales patologías que enfrentan las personas mayores son las enfermedades crónicas no transmisibles como efecto de los hábitos y costumbres que se conservan desde la niñez (Guerrero & Yépez, 2015).

Las enfermedades crónicas de mayor incidencia son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, osteoartritis, osteoporosis, enfermedades malignas, entre otras, razón por la cual un control eficaz resulta necesario para evitar el deterioro funcional de las personas. Las enfermedades agudas que se presentan en las personas mayores son: infecciones respiratorias, intestinales, urinarias y otras. Su atención debe brindarse con suma rapidez, debido a la alta vulnerabilidad de la población adulta mayor ante estas patologías (Martínez F. , 2015).

La asistencia a control médico es de suma importancia para el diagnóstico, prevención y control temprano de las diferentes patologías que prevalecen en esta etapa de vida.

La presencia de comorbilidades ocasiona la prescripción simultánea de fármacos para distintas patologías. La polimedicación en personas adultas mayores se atribuye a la edad, factores demográficos y socio sanitarios como el sexo, percepción de la salud, nivel cultural, posición económica, sistema de atención primaria y hospitalaria, intervención de múltiples médicos y otros factores que influyen en el número y en el tipo de medicamentos utilizados por este grupo etario (Pizarro, 2016).

Conducta Alimentaria

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos, las preparaciones culinarias y las cantidades

ingeridas de los alimentos. También se ve reflejado en el modo de alimentarse, las preferencias y rechazos a determinados alimentos que suelen ser de experiencias vividas y aprendizaje a lo largo de las etapas de vida.

La relación que se establece entre una persona y los alimentos es definido como conducta o comportamiento alimentario. Se identifica que éste se adquiere a través de la vida, con una influencia familiar y social, además de otros factores que la condicionan como la disponibilidad de alimentos, el valor simbólico de estos, su selección o la forma en que se preparan (Troncoso, 2017).

Como ya sabemos la alimentación cumple una función fisiológica necesaria para la supervivencia, pero a lo largo de la vida, la selección de alimentos adecuados ha ido acompañada también del consumo de otros alimentos no tan saludables.

A medida que se incrementa el proceso de envejecer, la calidad de vida y la forma de alimentarse son dependientes con la autonomía que presente la persona adulta mayor, lo que direcciona entre otros aspectos el cómo y en dónde vivir, identificando a personas que se mantienen en sus propios hogares u otras que deben radicarse en algún tipo de institución pública o privada (Troncoso, 2017).

Una dieta sana para estas personas debe considerar en especial, el disfrutar de su alimentación y que ésta sea variada, en cantidades suficientes para mantener un control de peso corporal adecuado; aumentar el consumo de frutas y verduras y reducir los alimentos de alta densidad energética, especialmente grasas, además de realizar actividad física acorde a su condición (Troncoso, 2017).

La alimentación es de suma importancia en el proceso del envejecimiento, el estilo de vida de las personas adultas mayores, unido a los malos hábitos alimentarios, la disponibilidad de recursos, el aislamiento, las enfermedades crónicas y degenerativas comprometen el consumo de alimentos y por ende su estado nutricional, funcionalidad y calidad de vida (Sánchez , Mendoza, Cereceda, & Espinoza, 2014).

Para una persona, un adecuado aporte alimentario favorece la entrega prudente de energía y nutrientes, constituye una base de una apropiada calidad de vida, sin embargo, alteraciones en sus conductas de alimentación, alteran este equilibrio, pudiendo presentar efectos en su estado nutricional. (Troncoso, 2017).

Independiente del grupo etario al que pertenece una persona, los cambios culturales han propiciado modificaciones en los hábitos y preferencias alimentarias, identificándose una marcada preferencia por alimentos de menor complejidad al momento de ser preparados, los que generalmente se caracterizan por presentar una elevada densidad energética y sodio, además, de un bajo contenido de componentes nutricionales saludables, lo que ha favorecido la presencia de patologías crónicas, como la obesidad (Troncoso, 2017) .

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Exploratorio- cualitativo

Este tipo de enfoque tiene como propósito formular un problema para una investigación más precisa o el desarrollo de hipótesis desde un punto de vista operacional. Este enfoque es utilizado para estudiar un problema que no está claramente definido, permite también profundizar, ampliar o acercarse a temáticas investigativas que no han sido exploradas o requieren mayor información para su adecuada comprensión, por lo que se lleva a cabo para comprenderlo mejor, además se da énfasis en el descubrimiento de nuevas ideas y hallazgos (Herbas & Rocha González, 2018). El enfoque cualitativo, utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Para esto, se va a utilizar la recolección de datos, la interpretación y análisis de estos, a su vez se describen y caracterizan las variables de estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria, esto por medio de la aplicación de un cuestionario.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo: El proceso de investigación es de tipo descriptivo, ya que se describen los hechos como son observados y se caracterizan las variables de estudio en la población. Para dicho fin, el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo, limitándose a describir uno o varios fenómenos sin intención de establecer relaciones causales con otros factores (Veiga, Díez, & Zimmermann, 2008).

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Área de estudio: La investigación se lleva a cabo en la provincia de Heredia, con personas adultas mayores que residen en sus casas de habitación.

3.3.1 Población

La población comprende personas adultas mayores, residentes en la provincia de Heredia, y que no se encuentran institucionalizadas en hogares de larga estancia.

3.3.2 Muestra

La población comprende personas adultas mayores residentes en la provincia de Heredia, que no se encuentran institucionalizadas en hogares de larga estancia. La muestra se realiza a conveniencia con el fin de lograr la recolección de datos, de esta manera se toma como muestra 45 personas adultas mayores de ambos sexos, en un rango de edad de 65 a 85 años, que viven en su domicilio, en la provincia de Heredia.

No probabilística: se utiliza este tipo de muestra debido a que no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser escogidos, y dependen de las características de la investigación, basándose en los criterios de inclusión y exclusión. Se escoge esta población para establecer relaciones, similitudes o diferencias en personas adultas mayores que residen en su domicilio debido a que las variables de estudio podrían variar de acuerdo al lugar donde pasan la mayor parte del tiempo, dónde y con quién conviven, las condiciones que se encuentren, y la alimentación cambian de una persona a otra, sabemos que parte de la población adulta mayor está distribuida tanto en Hogares de larga estancia, como los que viven solos o con familiares, pero por la situación actual de la pandemia no se pudo trabajar con la población que se encuentra

institucionalizada. Por lo que para la muestra se consideran solo las personas adultas mayores que no se encuentran institucionalizadas.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron en cuenta para seleccionar a los participantes de la investigación.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Personas adultas mayores de la provincia de Heredia. • Personas adultas mayores con edades de 65 a 85 años. • Personas adultas mayores con cualquier nivel de escolaridad. • Personas adultas mayores que sepan leer y escribir. • Condición física: que puedan caminar sin uso de silla de ruedas, o que estén encamados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas adultas mayores que se encuentren institucionalizadas en Hogares de larga estancia. • Personas adultas mayores con un nivel de deterioro cognitivo bajo, medio o alto. • Personas adultas mayores que no firmen el consentimiento informado o no deseen participar contestando el cuestionario.

Fuente: Elaboración propia 2020

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de datos se lleva a cabo por medio de un cuestionario que incluye preguntas para obtener la información general y sociodemográfica y otras relacionadas con el estilo de vida, presencia de diferentes patologías y su conducta alimentaria.

Esta recolección de datos se realiza de la siguiente manera; el cuestionario fue elaborado para contestarlo tanto físico como digital asegurando el compromiso de las personas adultas mayores a colaborar con la investigación, se entrega a cada persona adulta mayor, de manera presencial el cuestionario en físico, impreso bien legible y con las instrucciones respectivas y se dio un plazo para luego recogerlo, y en el caso de los que prefirieron hacerlo digital se les envió el link/enlace del cuestionario por medio de la aplicación de formularios de Google para que lo completaran de esa manera.

3.4.1 Validez de un cuestionario

La validez y fiabilidad del cuestionario hace que facilite su interpretación, además lo hacen un instrumento útil para la valoración y determinación de las diferentes variables de la investigación. La validez es un criterio que permite comprobar la calidad de un instrumento, verificando si éste evalúa lo que pretende medir (Urrutia, Barrios, Gutiérrez, & Mayorga, 2014). Para este caso, el cuestionario que se aplicó fue validado mediante criterio de expertos (profesionales en el campo de la Nutrición y de la Investigación), la aplicación piloto de los instrumentos se imposibilitó por la declaración nacional de emergencia, generada por la pandemia, el cuestionario fue aplicado directamente a la muestra total de la investigación, sin

embargo, al aplicarlo a la muestra, no se detectaron problemas que afectara su aplicación o algún defecto de este.

El cuestionario diseñado está compuesto por 4 partes. Todas las preguntas están diseñadas para marcar con X una o varias opciones según corresponda a la pregunta. La primera parte incluye preguntas para conocer datos generales del encuestado, se pregunta por sexo, edad, nacionalidad, religión, escolaridad e ingreso económico. La segunda parte incluye preguntas sobre la variable “Estilo de vida”, este apartado posee 11 preguntas de marcar con x, que incluye temas sobre, horas de sueño, hábito de fumar y consumo de bebidas alcohólicas, si realiza o no alguna actividad física entre otras. Posterior, en la tercera parte de este cuestionario se encuentran preguntas acerca de diferentes patologías que puede presentar la persona adulta mayor, así como, si se encuentra en tratamiento, cuántos medicamentos toma y si asiste a control médico regularmente. Y por último en la cuarta parte, se encuentran 15 preguntas, para recolectar datos acerca de la variable de conducta alimentaria.

3.4.2 Confiabilidad del cuestionario

La confiabilidad y validez del instrumento se pone en práctica mediante dos procesos básicos, la aplicación piloto del mismo o la revisión mediante criterio de expertos, de esa manera se confirma que el instrumento realmente valore lo que se desea, una vez validado se da inicio a la recolección de datos.

Para lograr lo anterior, antes de aplicar el cuestionario sobre la muestra total, es importante probar el cuestionario sobre un pequeño grupo de población, conocida como prueba piloto que se aplica a un pequeño grupo de sujetos que no pertenezcan a la muestra seleccionada pero sí a la población o un grupo con características similares a la de la muestra del estudio. De esta manera se estimará la confiabilidad del cuestionario. (Corral, 2009)

Dada la situación de la pandemia, la aplicación del plan piloto no fue posible realizarlo, por lo cual se usó el criterio de expertos, mediante este criterio, el instrumento previamente a su aplicación, fue dado a revisión por expertos en nutrición, una vez revisado el instrumento, se analizaron las sugerencias o comentarios que tuvieran al respecto y se hicieron las modificaciones correspondientes, de modo que ya revisado y validado por criterio de expertos, se inició con la recolección de los datos de la muestra total.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo no experimental, ya que solo se observan los sujetos, no se manipulan las variables, se miden en su estado natural. Además, es una investigación de tipo transversal ya que los datos se recogen en un único momento, no se le da seguimiento al comportamiento de los sujetos de estudio.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

A continuación, se presenta la tabla con la información correspondiente a la operacionalización de las variables de la investigación.

Tabla 2. Operacionalización de las variables sociodemográficas, estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria, en personas adultas mayores, no institucionalizadas, en la provincia de Heredia.

Objetivo Especifico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar las características sociodemográficas que poseen las personas adultas mayores en estudio mediante un cuestionario de recolección de datos.	Características sociodemográficas	Aspecto del contexto social y demográfico que incluye a la sociedad, clases sociales y estadísticas humanas.	Cuestionario	Sexo	Femenino	
					Masculino	
				Nacionalidad	Respuesta dada por el encuestado	
				Edad	Rango de edad: 65 a 70 años 71 a 80 años 81 a 85 años	
				Estado Civil	Soltero(a) Casado(a)	

Continúa en la página siguiente

	Viudo(a)
	Divorciado(a)
	Unión libre
Nivel de escolaridad	Primaria Completa/ incompleta.
	Secundaria completa/incompleta.
	Universidad Completa/ Incompleta
	Pensión por invalidez, vejez y muerte.
	Pensión del régimen no contributivo
Ingreso económico	Ayuda económica de algún familiar
	Ingreso propio (salario).
	No recibe ningún tipo de ingreso.

				Consumo de bebidas alcohólicas	SI/NO
				Hábito de Fumar	SI/NO
				Realiza Act. Física	SI/NO
				Opciones de práctica de Actividad Física	Caminar, Natación, Correr o trotar, Zumba, Aeróbicos, otros, no realizo
Determinar el estilo de vida de las personas adultas mayores mediante el uso de un cuestionario.	Estilo de vida	Se refieren a procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevar a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores.	Cuestionario sobre estilo de vida	¿Cuánto tiempo dedica a realizar esta actividad física?	Menos de 20min De 20 a 30min De 30 a 45min Más de 45min No realizo
				¿Cuánto tiempo al día permanece sentado(a)?	Menos de 20min De 20 a 30min De 30 a 45min Más de 45min
				Condición de la dentadura	Edéntulo Con la totalidad de dientes

				Con la mayoría de los dientes
				Utiliza prótesis dental
			¿Se le dificulta masticar o deglutir los alimentos?	SI/NO, Algunas veces
				4-5 horas
			¿Cuántas horas duerme en la noche?	6-8 horas
				Más de 8 horas
			¿Realiza siestas durante el día?	SI/NO
			Duración de las siestas	Menos de 20min
				De 20 a 30min
				De 30 a 45min
				Más de 45min
				No realizo
Identificar la presencia de patologías en las personas adultas mayores no institucionalizadas, mediante el uso de un cuestionario elaborado para la	Presencia de patologías	Patologías se refieren a un conjunto de enfermedades, problemas de salud que se derivan de causas genéticas, autoinmunes, provocadas por	Cuestionario	Presencia de algunas de las siguientes patologías
				HTA, Diabetes, Dislipidemia Enfermedades Cardiovasculares

recolección de estos datos.	mala alimentación entre otros factores que pueden traer complicaciones en el organismo.	Estreñimiento Gastritis, Colitis Depresión, Autoinmunes Osteoporosis Artritis y problemas reumáticos Cáncer, EPOC Asma Enf. Renal Problemas Tiroideos Otro/ No presente
	Asistencia a control médico regularmente	SI/NO
	Actualmente posee tratamiento farmacológico para alguna patología	SI/NO
	Cantidad de medicamentos prescritos que toma al día	Respuesta dada por el encuestado

Analizar la conducta alimentaria de las personas adultas mayores no institucionalizadas, mediante un cuestionario elaborado sobre conducta alimentaria.	Conducta alimentaria	Comportamiento relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren y las preparaciones culinarias, también preferencias y rechazos a ciertos alimentos.	Cuestionario	Número de Tiempos de comida	1 a 2/ 3 a 4 / Únicamente 5/ Más de 5
				¿Cuáles tiempos de comida realiza?	Desayuno/ MM/ MT Almuerzo Cena Colación Nocturna
				Tipo de líquidos que consume con frecuencia en el día	Agua, café, gaseosa, refresco azucarado, jugo natural, otro
				Cucharaditas de azúcar en promedio le pone al café	Una, Dos o tres, Más de tres No le pongo
				Agrega sal extra a la comida ya preparada	SI/NO
				Lista de alimentos que suele ingerir entre comidas	(Opciones: dulces, frutas, galleta o pan, yogurt,

	snacks/frituras, semillas, nada)
Preparación más habitual de los alimentos que consume	Frito, al vapor o hervido, Asado o a la plancha, Al horno, estofado
	La quito toda
¿Qué hace con la grasa visible de la carne, pollo, cerdo a la hora de comerla?	Quito la mayoría La dejo como viene Prefiero no comerla
¿Qué tipo de grasa utiliza con mayor frecuencia a la hora de preparar los alimentos?	Aceite vegetal Mantequilla Aceite de oliva Manteca
¿Evita el consumo de las frituras y grasas?	SI/NO
¿Qué factor considera más importante a la hora de elegir un alimento para su consumo?	Sabor, Agradable a la vista. Contenido nutricional, Precio, Otro.

¿Considera que su alimentación es variada, compuesta por todos los grupos de alimentos? (ejemplos viene en la pregunta)	SI/NO
¿Qué hace normalmente cuando se siente satisfecho a la hora de comer?	Dejo de comer sin problema. Dejo de comer, pero me cuesta hacerlo. Sigo comiendo sin problema.
Si evita algún alimento, ¿Por qué motivo lo hace?	Sigo comiendo, pero me siento mal de hacerlo. No me gusta, Por salud, No evito ninguno, Otro
Al momento de comer, lo hace viendo el televisor, celular, periódico, ¿u otro distractor?	Siempre Rara vez Nunca

3.7 PLAN PILOTO

Debido a la situación actual que atraviesa el país por la declaratoria de emergencia nacional por la pandemia del Covid-19, el plan piloto se vio interrumpido en cuanto a la recolección de datos, por lo cuál se propuso un cambio en dos de las variables del título de la investigación y en la población adulta mayor que se considera institucionalizada, a su vez, la recolección de datos antropométricos para determinar el estado nutricional se vio comprometida al ser una población vulnerable, y la variable de actividad física porque no reflejaría el estado actual de estas personas. Una vez hechos los cambios en las variables, la recolección de datos de la muestra total se continúa y se diseña el instrumento para ser aplicado tanto digital, como, de forma presencial siguiendo los protocolos necesarios. Por su parte, el plan piloto sirvió para determinar qué variables había que descartar o modificar para poder continuar con la investigación.

3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se realizó de forma virtual y presencial durante el mes de julio del año 2020. Se entregaron los cuestionarios en forma física, y se recogieron 2 días después y para aquellos que podían y tenía acceso a celular se les envió el formulario de Google con el instrumento digital. En total se recolectó los datos de 45 personas adultas mayores no institucionalizadas que habitan en la provincia de Heredia.

3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Una vez recolectados los datos, se procedió con la organización de estos, se realiza en el programa Microsoft Excel de Office una base de datos donde se tabulan todos los resultados obtenidos se ordena, se separan los resultados por objetivos, y se grafican los resultados para su posterior análisis.

3.10 ANÁLISIS DE DATOS

Se registraron los datos en hojas de cálculo del programa Microsoft Excel y para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Correlación de Pearson como prueba estadística para determinar el valor p, con un nivel de significancia del 5% donde menos de 0.05 existe relación, y mayor a 0.05 no existe. Dicho análisis estadístico fue de tipo descriptivo bivariado y trivariado. El "valor de p" que indica que la asociación es estadísticamente significativa ha sido aceptado en el área clínica, se admite 0,05. Esto representa una seguridad del 95% que la asociación que se está estudiando no sea al azar (Manterola , Pineda, & Grupo Mincir, 2008).

Para establecer las relaciones entre las distintas variables se utiliza el coeficiente de correlación de Pearson, el cual, consiste en una medida descriptiva lineal que se utiliza para medir el grado de relación de dos variables siempre y cuando ambas sean cuantitativas y continuas, permite

conocer la intensidad y dirección de éstas. Para identificar si existe una relación directa o fuerte positiva se toman como referencia los valores positivos más cercanos al número 1; mientras que, para identificar la existencia de una relación fuerte negativa, se toma como referencia los valores negativos más cercanos al número 1. Si el resultado es menor a -1 o sea negativo es una correlación negativa perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante (Dagnino, 2014).

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, se presentan los resultados posteriores a la aplicación del instrumento empleado en la población adulta mayor no institucionalizada, con el fin de determinar el estilo de vida, la presencia de patologías, y la conducta alimentaria.

4.1.1 Datos sociodemográficos

Tabla 3. Datos sociodemográficos de la población adulta mayor no institucionalizada, por sexo, edad, estado civil, escolaridad y nacionalidad, Heredia, 2020.

Característica sociodemográfica	Femenino (n=30)		Masculino (n=15)		Total (n=45)	
	N	%	N	%	n	%
Rangos de edad						
Entre 65 y 70 años	14	31	7	16	21	47
Entre 71 y 75 años	7	15	8	18	15	33
Entre 76 y 80 años	4	9	0	0	4	9
Entre 81 y 85 años	5	11	0	0	5	11
Estado civil						
Soltero	8	18	1	2	9	20
Casado	7	15	9	20	16	36
Divorciado	3	7	4	9	7	15
Viudo	12	27	0	0	12	27
Unión libre	0	0	1	2	1	2
Escolaridad						
Primaria incompleta	0	0	0	0	0	0
Primaria completa	8	18	2	4	10	22
Secundaria incompleta	2	4	1	2	3	7
Secundaria completa	6	13	1	2	7	16
Universidad incompleta	0	0	5	11	5	11
Universidad completa	14	31	6	13	20	44

Nacionalidad

Costarricense

30	67	15	33	45	100
----	----	----	----	----	-----

Fuente: Elaboración propia, 2020.

En relación con la tabla 3, del total de la muestra, (67%) 30 personas pertenecen al género femenino, y (33%) 15 corresponden al género masculino.

En relación con el rango de edad de la población se identifica que el 47%, (21 personas) poseen una edad que se encuentra entre 65 a 70 años, seguido del segundo grupo de mayor cantidad con un 33% (15 personas) el grupo con un rango de edad de 71 a 75 años, posterior encontramos que un 9% (4 personas) y un 11% (5 personas) corresponden a personas adultas mayores con edades de 76 a 80 años y de 81 a 85 años respectivamente.

También se observa que 16 de los participantes están casados, 12 de ellos se encuentran en estado de viudez, todas mujeres, 9 se encuentran solteros, 7 de ellos en condición de divorciado, y 1 de ellos posee un estado civil de unión libre.

En cuando al nivel de escolaridad se puede observar cómo la mayoría de los entrevistados ostenta el grado académico de Universidad completa 44% (20 personas) seguido de este 22% (10 personas) completaron la primaria, el 16% (7 de las personas adultas mayores) poseen el grado de secundaria completa, un 11% (5 personas) no completaron la universidad, y por último la minoría 7% (3 personas) corresponden a los que no terminaron la secundaria. En la última parte tenemos la nacionalidad donde el 100% de la muestra es costarricense.

4.1.2 Religión de los participantes

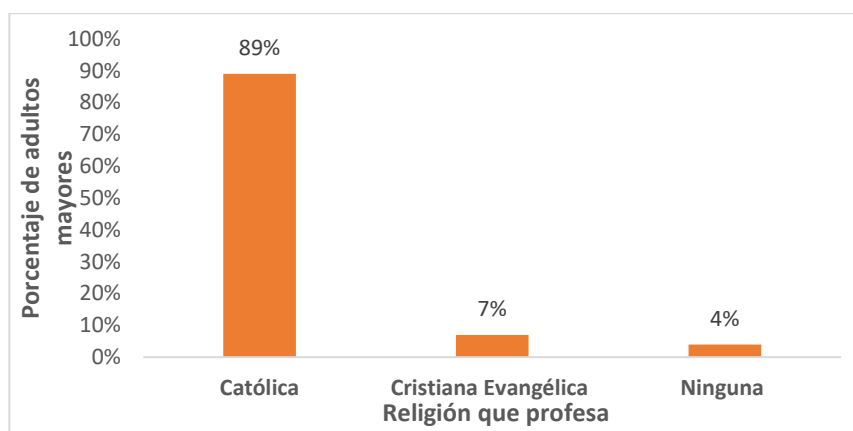


Figura 1. Porcentaje de la población adulta mayor encuestada, según el tipo de religión que práctica, en la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la figura 1. Se tiene como resultado que el 89% (40) de las personas adultas mayores, en su mayoría, indican profesar la religión católica.

4.1.3 Tipo de ingreso económico

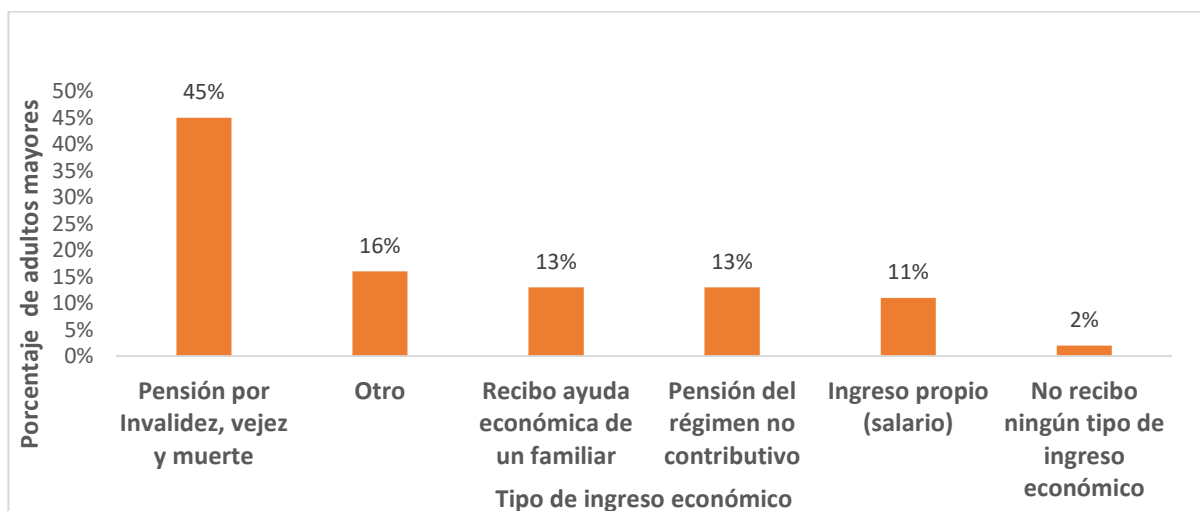


Figura 2. Tipo de ingreso económico de la población adulta mayor encuestada, en la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020.

En relación con la figura anterior, el 45% (20 de las personas adultas mayores entrevistadas) posee una pensión del Régimen de la CCSS, (por Invalidez, vejez y muerte), el segundo grupo el 16% (7 personas) representa los adultos que poseen otro tipo de pensión entre las que se mencionan: (Pensión del Magisterio Nacional, Pensión del Ministerio de Hacienda y del fondo de pensiones del BN). En igual porcentaje cada uno, con un 13% (6 personas) corresponden a personas adultas mayores que: “Reciben ayuda económica de un familiar”, y tienen “Pensión del Régimen no contributivo”. Un 11% (5 personas) recibe un ingreso propio, proporcionado del salario. Siendo la minoría 2% (1 persona adulta mayor) que no reciben ningún tipo de ingreso económico.

4.2. RESULTADOS DEL ESTILO DE VIDA

A continuación, se exponen resultados de la variable de estilo de vida que se investigó para este estudio.

4.2.1. Consumo de bebidas alcohólicas

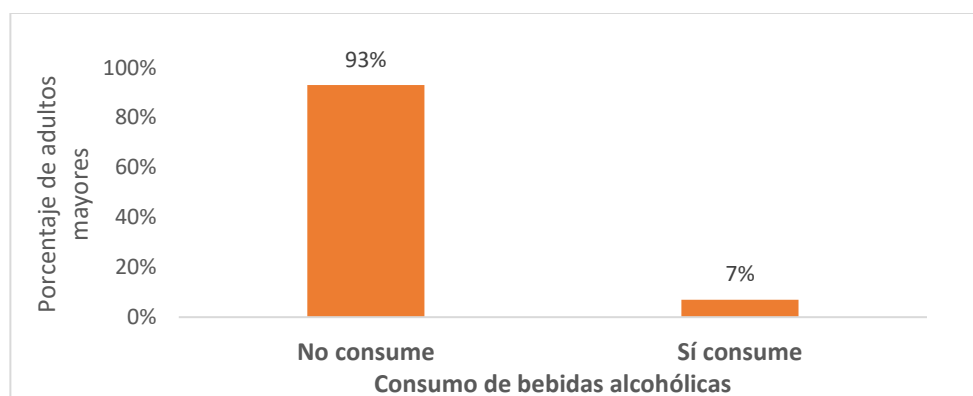


Figura 3. Porcentaje de personas adultas mayores que consumen bebidas alcohólicas, de la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020.

En la figura anterior, se observa que el 93% (42 personas) de las personas adultas mayores en su mayoría, no consumen este tipo de bebidas, mientras que el 7% (3 personas) sí lo hacen.

4.2.2. Consumo de cigarrillos

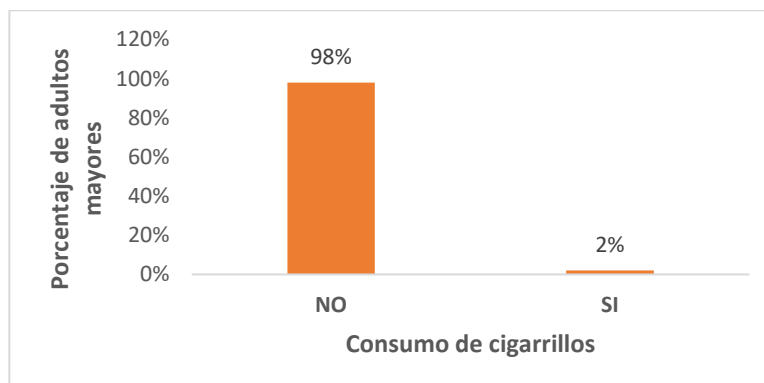


Figura 4. Porcentaje de personas adultas mayores que consumen cigarrillos, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.

De acuerdo con la figura 4, referente al consumo de cigarrillos, se obtiene que la mayoría, un 98% (44 personas) no fuman en la actualidad.

4.2.3. Realización de Actividad física

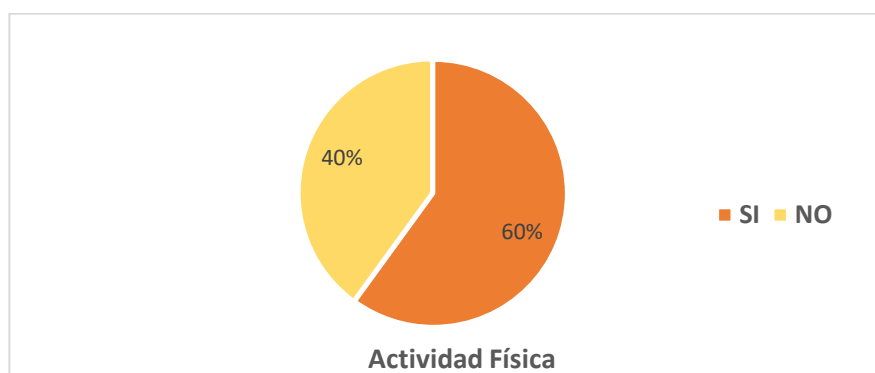


Figura 5. Porcentaje de personas adultas mayores que realizan actividad física, en la provincia de Heredia, 2020. Elaboración propia, 2020.

De acuerdo con la figura 5. Se identifica que un 60% (27 personas) en su mayoría sí realizan Actividad Física, mientras que un 40% (18 adultos) no realizan y se podrían catalogar como personas sedentarias.

4.2.4. Tipo de actividad física que realiza

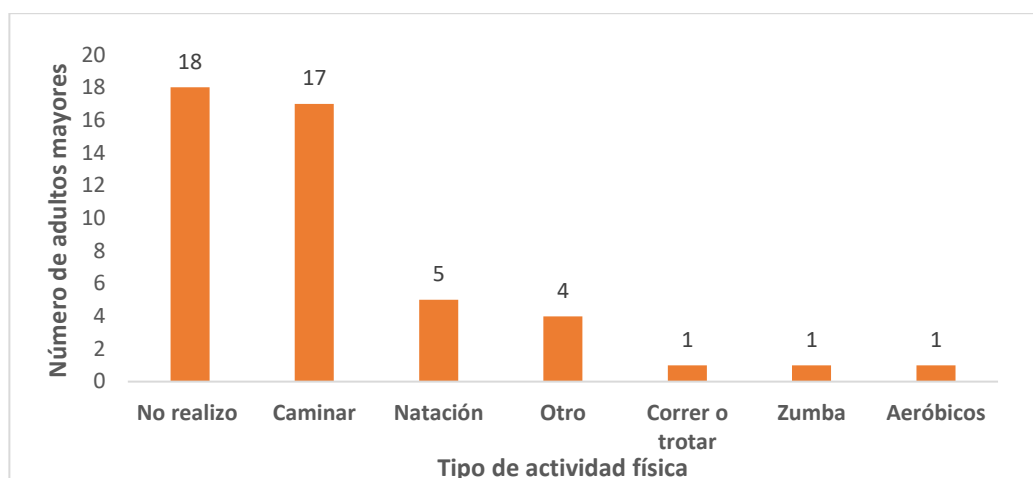


Figura 6. Cantidad de personas adultas mayores según el tipo de actividad física que realizan, en la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020.

De acuerdo con la figura 6. Se obtiene que de las personas que “SI realizan actividad física”, 17 de ellas la actividad física que realizan es salir a caminar, 5 de ellas practican Natación, 1 persona dedica su actividad a correr y trotar, 1 persona realiza Zumba y 1 persona hace Aeróbicos. Con respecto a la categoría de “Otro” se destacan: (bicicleta estacionaria, ciclismo, yoga y pilates).

4.2.5. Tiempo que dedica a la Actividad física

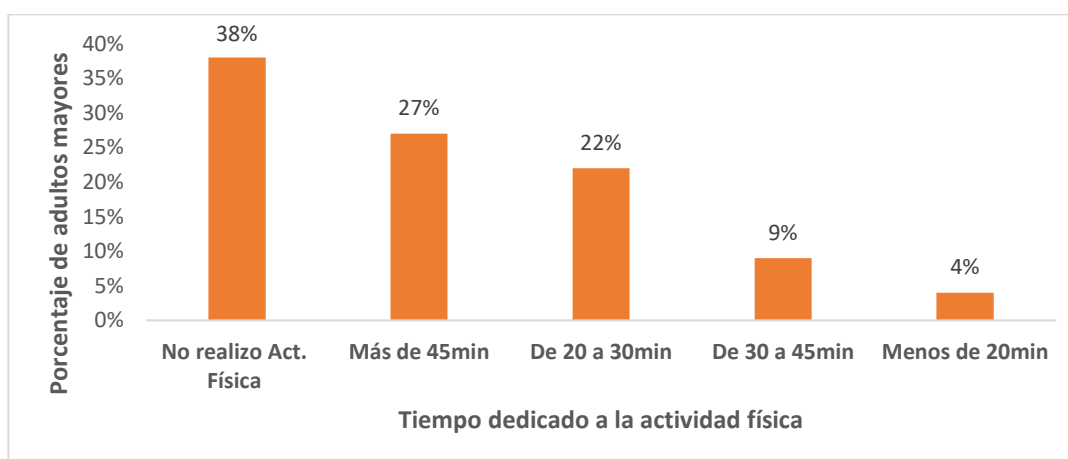


Figura 7. Porcentaje de personas adultas mayores según el tiempo que dedican a la Actividad física, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

Según la figura 7. Se identifica que el 27% (12 personas) dedican más de 45min a la actividad física, el 22% (10 personas) de 20 a 30min, el 9% (4 personas) realizan de 30 a 45 min y el 4% (2 personas) lo hacen por menos de 20 min.

4.2.6. Tiempo que permanece sentado durante el día

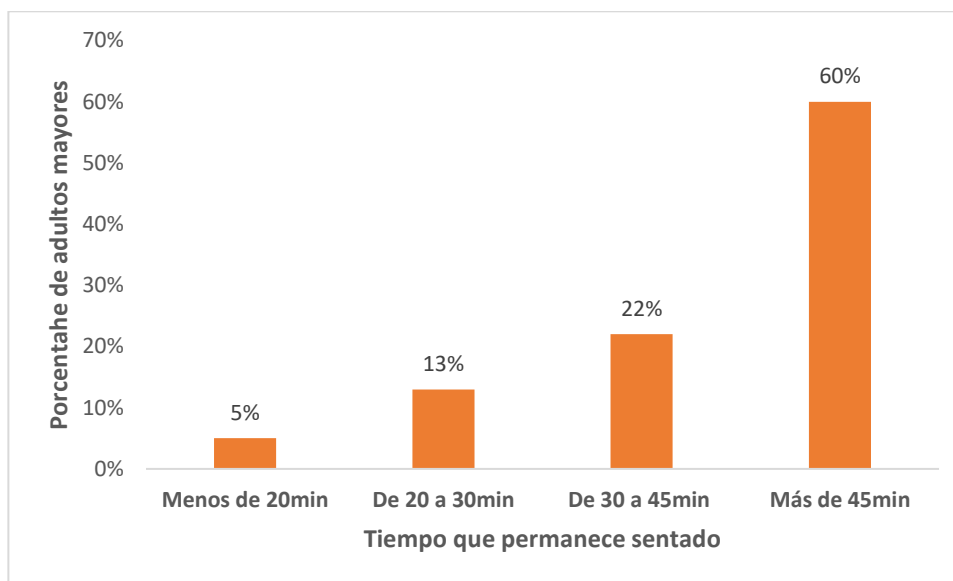


Figura 8. Porcentaje de personas adultas mayores según el tiempo que permanecen sentados durante el día, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la figura anterior se determina que las personas adultas mayores en estudio en su mayoría, 60% (27 personas) permanecen sentados más de 45 min al día, mientras que el 22% (10 personas) lo hace de 30 a 45min, en su minoría el 13% (6 personas) y el 5% (2 personas) permanecen sentados de 20 a 30min y menos de 20min.

4.2.7. Condición de la dentadura

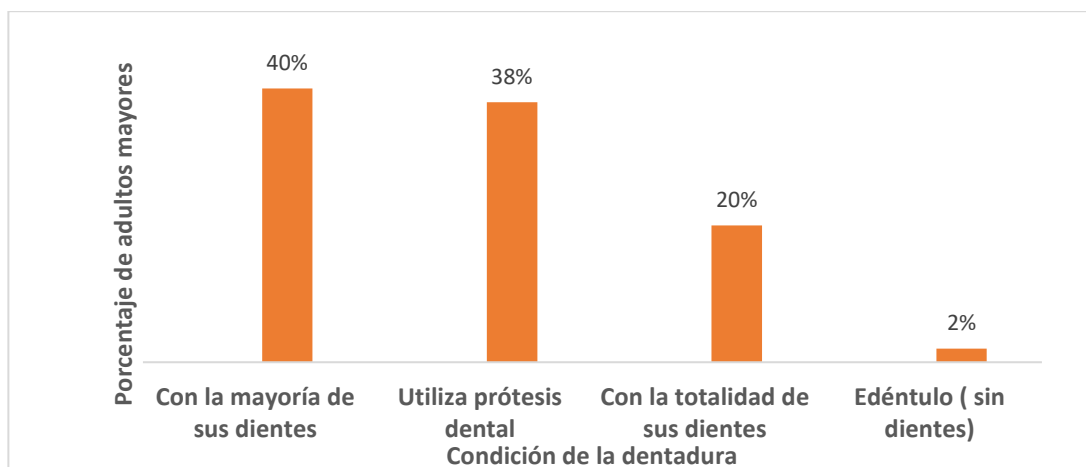


Figura 9. Porcentaje de personas adultas mayores según su condición de la dentadura, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

En la figura 9, correspondiente a la condición de la dentadura de la población encuestada, se identifica que: el 40% (18 personas) posee la mayoría de sus dientes, el 38% (17 personas) utiliza prótesis dental, mientras que solo el 20% (9 personas) posee la totalidad de sus dientes, y por último el 2% que corresponde a 1 persona está en condición de Edéntulo.

4.2.8 Problemas para deglutir

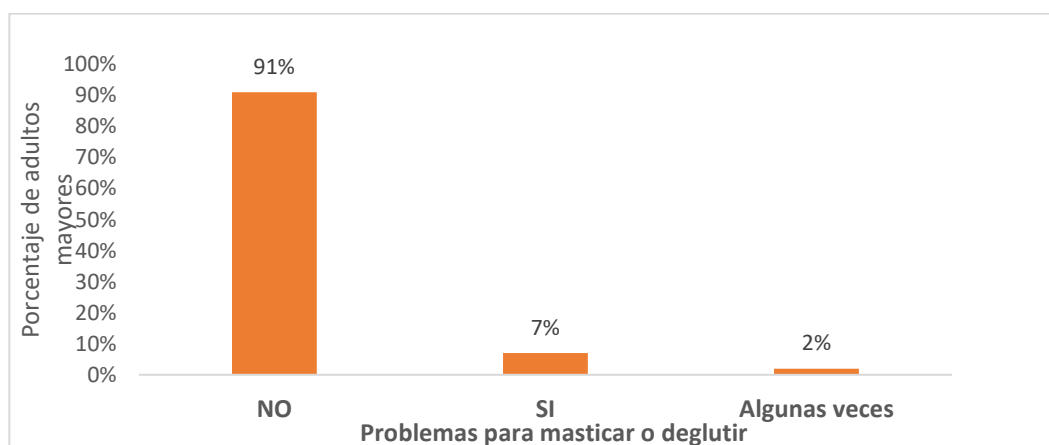


Figura 10. Porcentaje de personas adultas mayores, según presenten o no problemas de deglución, en la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la figura 10. Se identifica que la mayoría de encuestados, el 91% (41 personas) no presenta problemas para deglutir, mientras que solo un 7% (3 personas) sí presenta y un 2% (1 persona) presenta este tipo de problemas “Algunas veces”.

4.2.9. Horas de sueño

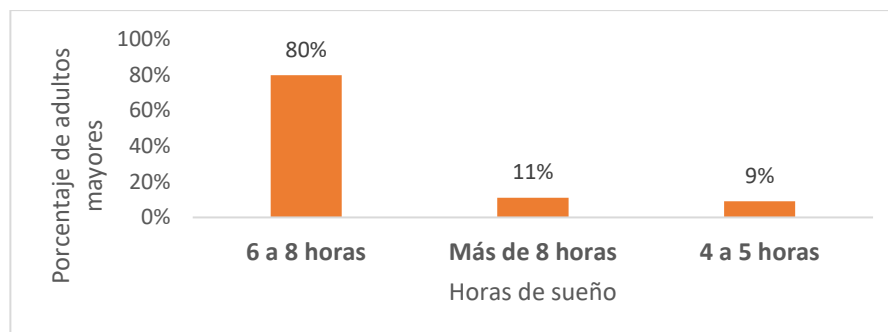


Figura 11. Porcentaje de personas adultas mayores según las horas de sueño que poseen, en la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020.

En relación con la figura 11, se observa que el mayor porcentaje, 80% (36 personas) duermen de 6 a 8 horas en la noche, mientras que el 11% (5 personas) lo hacen por más de 8 horas, por último, el 9% (4 personas) duermen menos de lo indicado, de 4 a 5 horas por la noche.

4.2.10. Siestas y duración de éstas

Tabla 4. Cantidad de personas adultas mayores no institucionalizadas que realiza Siestas y la duración de estas.

Siestas	Cantidad (n)	Porcentaje (%)
SI	23	51
NO	22	49
Duración de las siestas		
No realizo	22	49
De 20 a 30 min	8	18
Más de 30 min	8	18
Menos de 20 min	7	15

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla anterior, correspondiente a la realización de siestas y la duración de estas, se identifica que, el 51% (23 personas) sí realiza siestas, mientras que el 49% (22 personas) no realiza. En cuanto a la duración de los que, sí realizan siestas, lo hacen en igual porcentaje de 18% (8 personas) con duración de estas de (20 a 30min) y (Más de 30min), solo el 15% (7 personas), realizan siestas con un tiempo por debajo de los 20min.

4.3 RESULTADOS SOBRE PRESENCIA DE PATOLOGÍAS

4.3.1 Presencia de alguna patología específica

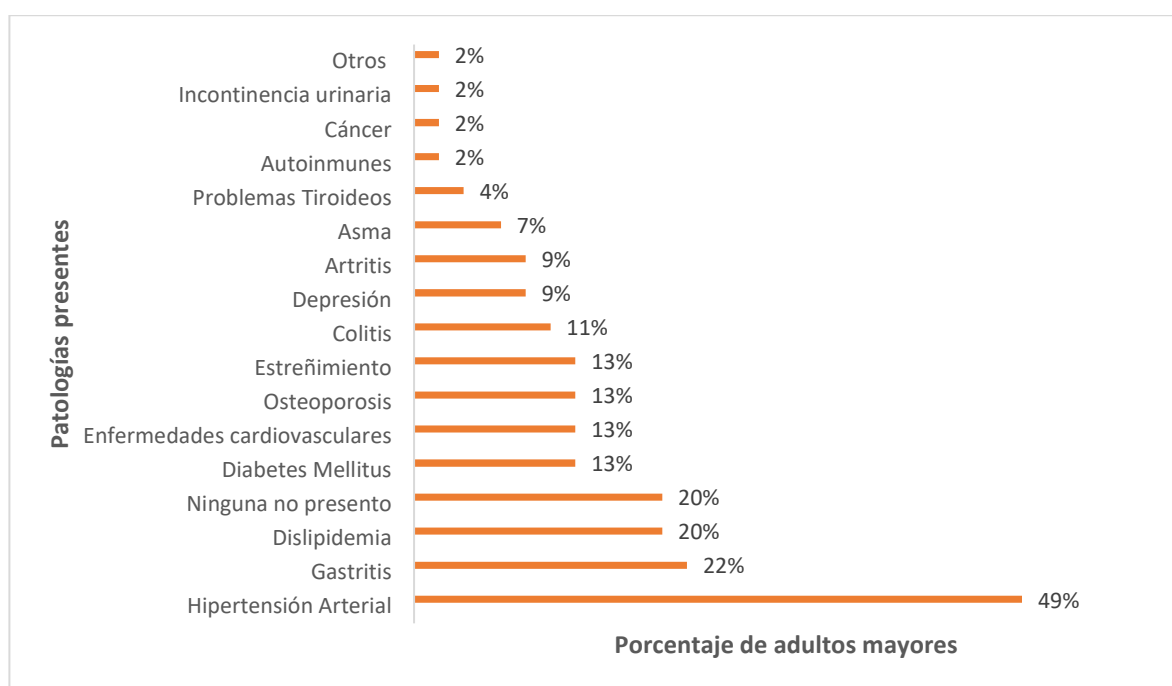


Figura 12. Porcentaje de personas adultas mayores que presenta una o varias de las anteriores patologías, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

En relación con la figura 12. Se identifica que la patología que presenta y tiene en común la mayoría de las personas, es la hipertensión arterial 49% (22 personas), también se observa como la gastritis 22% (10 personas) y las dislipidemias 20% (9), se destacan en bastantes adultos, otras patologías que representan cada una el 13% (6 personas) son: la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, y el estreñimiento, el 11% (5 personas) corresponde a padecimiento de colitis, el 9% (4 personas) lo representan problemas de depresión y artritis con menor porcentaje se encuentra: el

asma 7% (3 personas), los problemas tiroideos 4% (2 personas), por ultimo las enfermedades autoinmunes, cáncer, e incontinencias representan el 2% (1 persona) y el 20% (9 personas) no padecen ninguna patología.

4.3.2 Asistencia a control médico.

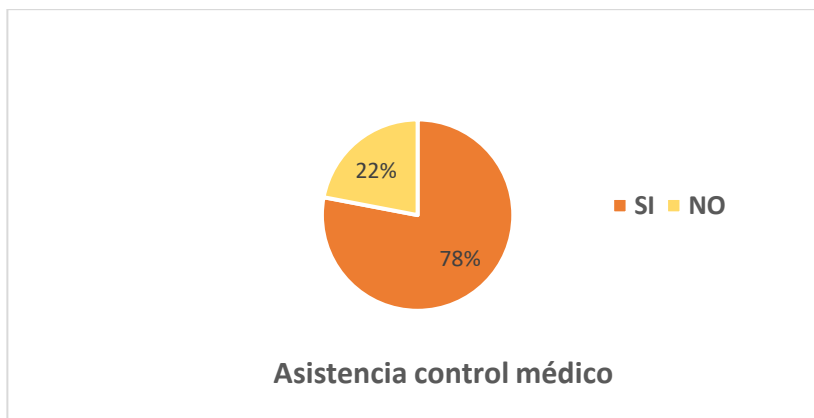


Figura 13. Porcentaje de personas adultas mayores que asiste a control médico, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

De la figura 13, se destaca que la mayoría de las personas adultas mayores, el 78% (35 personas) sí asiste a control médico de forma regular, mientras que el 22% (10 personas) no asiste a este tipo de controles.

4.3.3 Tratamiento farmacológico

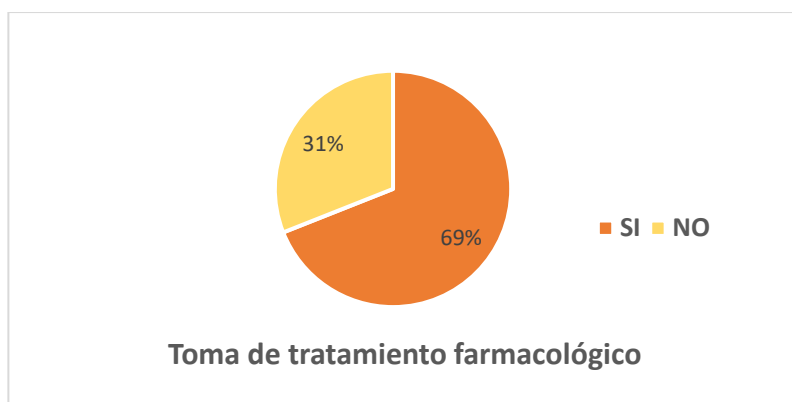


Figura 14. Porcentaje de personas adultas mayores que toma algún tratamiento farmacológico, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

En relación con la figura 14. Se identifica que el 69% (31 personas) toman algún tratamiento farmacológico para sus padecimientos, sin embargo, el 31% (14 personas) no toman ningún tratamiento farmacológico.

4.3.4 Cantidad de medicamentos que toma al día.

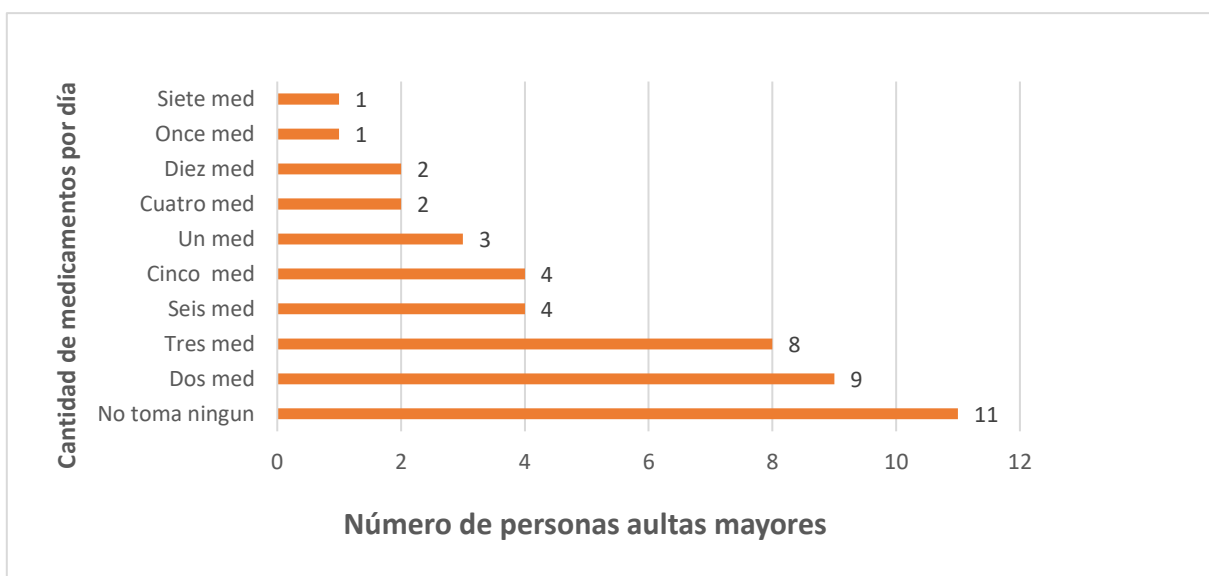


Figura 15. Cantidad de medicamentos que toman al día las personas adultas mayores encuestadas, en la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020

En relación con la figura 15. Se puede observar que 11 de los participantes no toman ningún medicamento, mientras que nueve de ellos toman (dos medicamentos al día), ocho de ellos toman (Tres medicamentos al día), cuatro personas toman (Seis medicamentos), cuatro más toman (Cinco medicamentos al día), tres personas toman (1 solo medicamento), dos personas toman (Cuatro medicamentos), otras dos toman (10 medicamentos), una persona toma (Siete medicamentos al día) y por último solo una persona consume el número más alto que es (11 medicamentos al día).

4.4 RESULTADOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

4.4.1 Cantidad de tiempos de comida

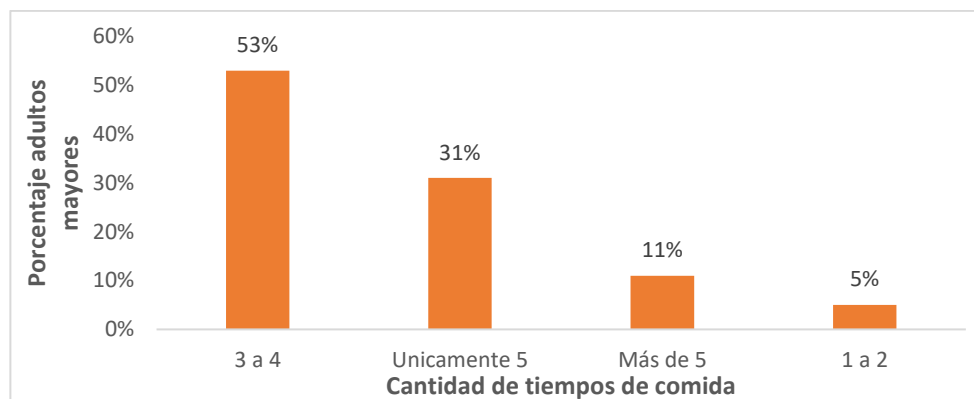


Figura 16. Cantidad de tiempos de comida que realizan las personas adultas mayores encuestadas, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

En la figura 16, se puede observar como la mayoría de las personas adultas mayores encuestadas, el 53% (24 personas) realiza de 3 a 4 tiempos de comida, seguido, el 31% (14 personas) realiza los 5 tiempos de comida, un 11% (5 personas) realiza por encima de los 5 tiempos y la minoría siendo 2 personas quienes realizan de 1 a 2 tiempos.

4.4.2 Tiempos de comida

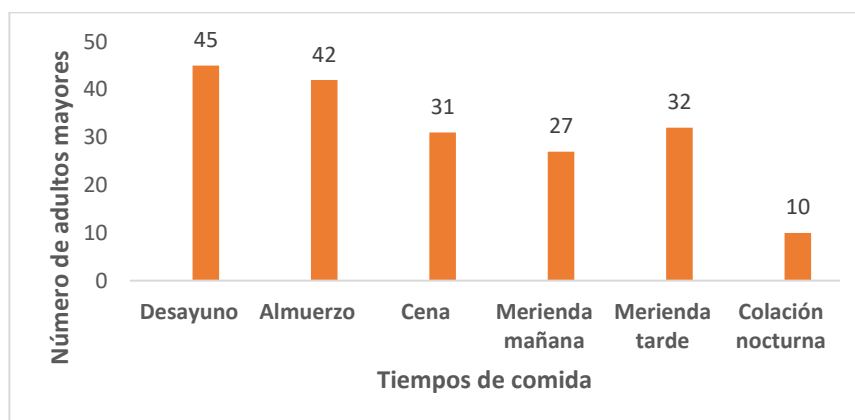


Figura 17. Cantidad de personas adultas mayores según los tiempos de comida que realizan, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.

En la figura 17. Se identifica que el total de participantes (45 personas) realizan el tiempo de comida “Desayuno”, 42 de estos realizan “Almuerzo”, la “Cena” la realizan solo 31 de ellos, por su parte los participantes suelen realizar más la “Merienda de la tarde” 32 de ellos, que la “Merienda de la Mañana” que la realizan 27. Por último 10 de ellos realizan la llamada “Colación nocturna”.

4.4.3 Tipo de líquido que consume durante el día.

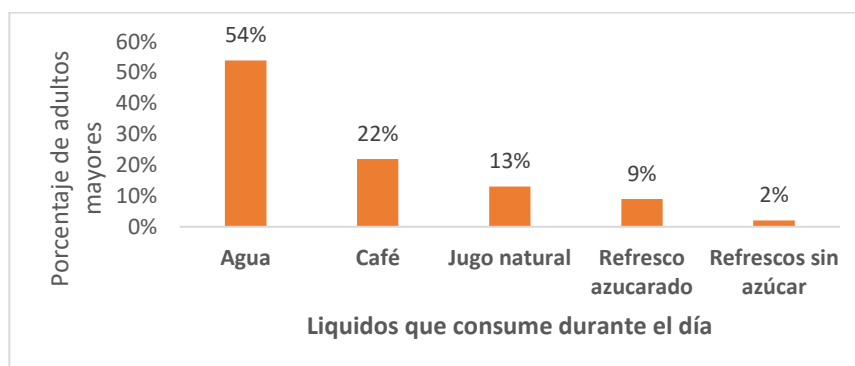


Figura 18. Porcentaje de personas adultas mayores según el tipo de líquido que consumen con mayor frecuencia durante el día, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como se observa en la figura 18. La mayoría de la población un 54% (24 personas) afirma que el líquido que más consumen durante el día es “el Agua”, seguido de esto el 22% (10 personas) consume “Café”, el 13% (6 personas) consume “Jugo Natural”, el 9% (4 personas) de estos consumen “Refrescos azucarados”, por lo tanto, se puede decir que el tipo de líquido que menos consumen son los “Refrescos sin azúcar” representado por un 2% (1 persona).

4.4.4 Cantidad de cucharaditas de azúcar que le ponen a las bebidas (café o refrescos)

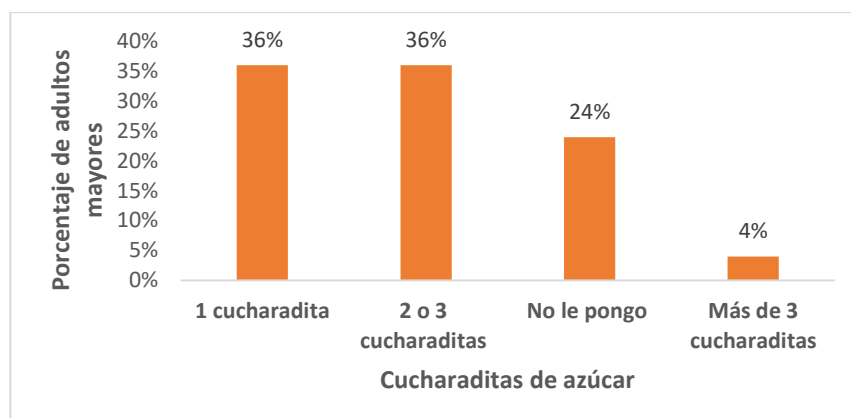


Figura 19. Porcentaje de personas adultas mayores según la cantidad de azúcar que le ponen a las bebidas, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020.

De acuerdo con la figura 19. Se encuentran en igual porcentaje 36% (16 personas) que le agregan “Una cucharadita” y los que le ponen de “Dos a tres”, el 24% (11 personas) de ellos afirman que “No le ponen azúcar”, por último, el 4% (2 personas) siendo la minoría representa los adultos que agregan “Más de tres cucharaditas” para endulzar las bebidas.

4.4.5 Agrega sal extra a la comida ya preparada

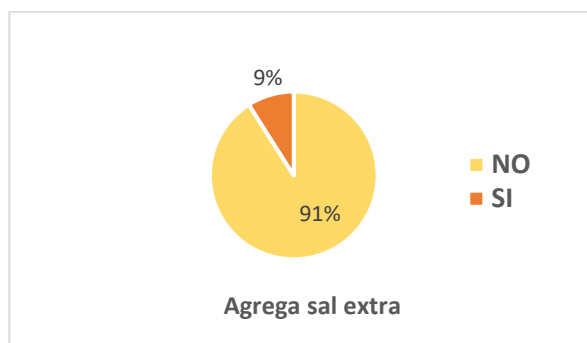


Figura 20. Porcentaje de personas adultas mayores que agrega o no sal extra a las comidas ya preparadas, en la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la figura 20. Se identifica que la mayoría de las personas adultas mayores encuestados, el 91% (41 personas) no agrega sal extra a sus comidas.

4.4.6 Alimentos que se ingieren entre las comidas

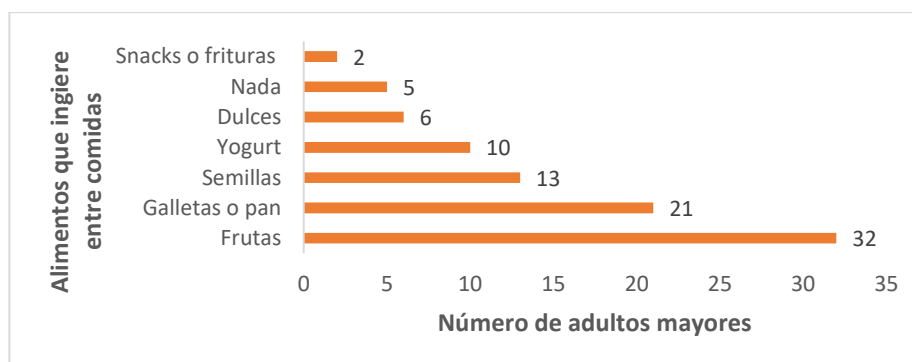


Figura 21. Cantidad de personas adultas mayores según los alimentos que ingieren entre las comidas, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la figura 21. Se puede observar que las **Frutas** (32 personas) son las preferidas por las personas adultas mayores en estudio, para consumir entre las comidas principales, seguido de las **Galletas o pan** (21 personas), por su parte 13 de ellos consume **semillas**, 10 participantes consumen **Yogurt**, 6 de ellos consume alimentos como **dulces y golosinas**, 5 adultos no consumen **nada** y 2 de ellos consumen **snacks o frituras**.

4.4.7 Tipo de preparación más habitual de los alimentos

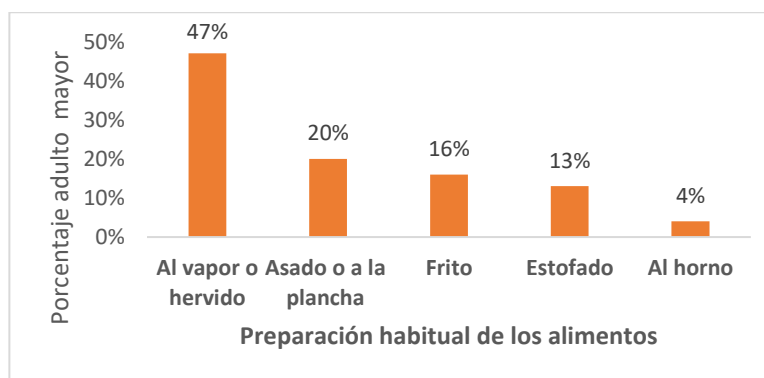


Figura 22. Porcentaje de personas adultas mayores según el tipo de preparación más habitual que utilizan, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

En relación con la figura 22. Se identifica que el tipo de preparación de los alimentos más utilizada por las personas adultas mayores encuestadas es: “Al vapor o hervido” representado

por el 47% (21 personas), el segundo más utilizado es: “Asado o a la plancha” 20% (9 personas), el tercero que más utilizan es “Frito” 16% (7 personas), seguido de tipo “Estofado” 13% (6 personas) y preparado al “Horno” lo realizan un 4% (2 personas).

4.4.8 ¿Qué hace con la grasa visible de las (carnes, pollo, cerdo)?

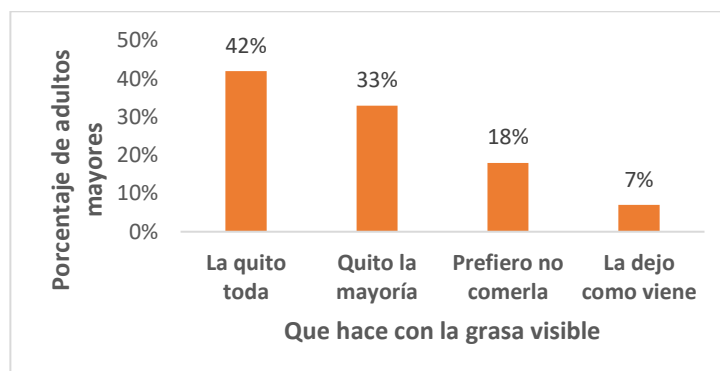


Figura 23. Porcentaje de personas adultas mayores según la acción que realizan con la grasa visible de las carnes, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la figura anterior, el 42% (19 personas) o sea la mayoría de los participantes, acostumbran a quitar **toda** la grasa visible de las carnes, mientras que el 33% (15 personas) le quitan **la mayoría**, sin embargo, el 18% (8 personas) de estos afirma que **prefiere no comerla**, mientras que el 7% (3 personas) la **deja como viene** normalmente.

4.4.9 Tipo de grasa utilizada para cocinar

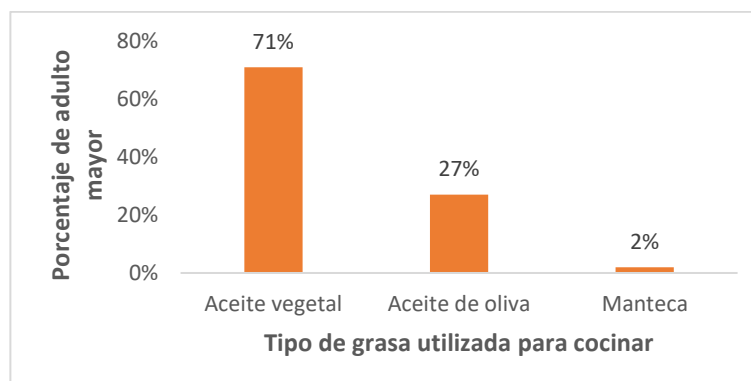


Figura 24. Porcentaje de personas adultas mayores según el tipo de grasa que utilizan para cocinar, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

En relación con la figura 24. Se identifica que el 71% (32 personas), utilizan algún aceite vegetal por ejemplo (soya, maíz, canola, girasol, coco), el 27% (12 personas) utiliza aceite de oliva para cocinar, siendo el 2% (1 persona) la que cocina con Manteca.

4.4.10 Evita el consumo de grasas no saludables y frituras

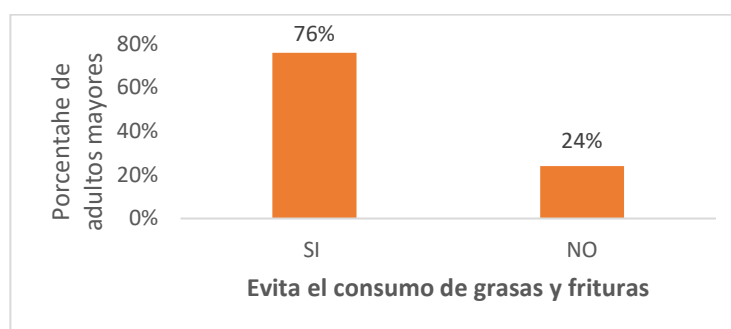


Figura 25. Porcentaje de personas adultas mayores según si evita o no el consumo de grasas no saludables y frituras, en la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020

Según la figura 25. Se puede observar que el 76% (34 personas) corresponde a la mayoría que sí evitan el consumo de grasas y frituras, mientras que el 24% (11 personas), afirman no evitar este tipo de alimentos.

4.4.11 Factor que considera más importante a la hora de elegir un alimento para su consumo.

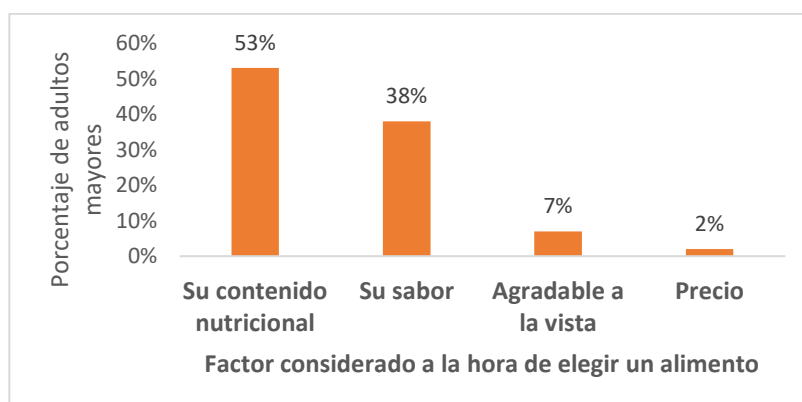


Figura 26. Porcentaje de personas adultas mayores según el factor que considera más importante a la hora de elegir un alimento para su consumo, en la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020

Como se observa en la figura 26, el 53% (24 personas) considera importante tomar en cuenta el “contenido nutricional” a la hora de elegir un alimento, el 38% (17 personas) considera elegir el alimento por “su sabor”, mientras que el 7% (3 personas) opina que el alimento debe ser “Agradable a la vista” y el 2% (1 persona) considera “el precio” como factor a la hora de elegir.

4.4.12 Considera que la alimentación que posee es variada

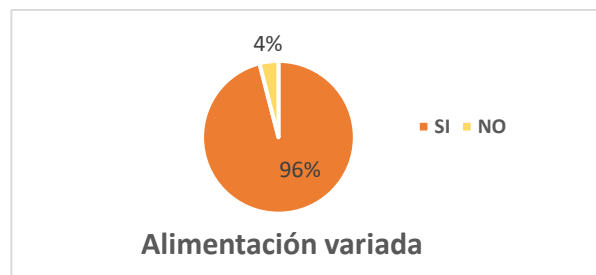


Figura 27. Porcentaje de personas adultas mayores, según consideren si su alimentación es variada, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la figura anterior, el 96% (43 personas) afirma tener una alimentación variada compuesta por todos los grupos de alimentos.

4.4.12 ¿Cuándo se siente satisfecho que acción realiza?

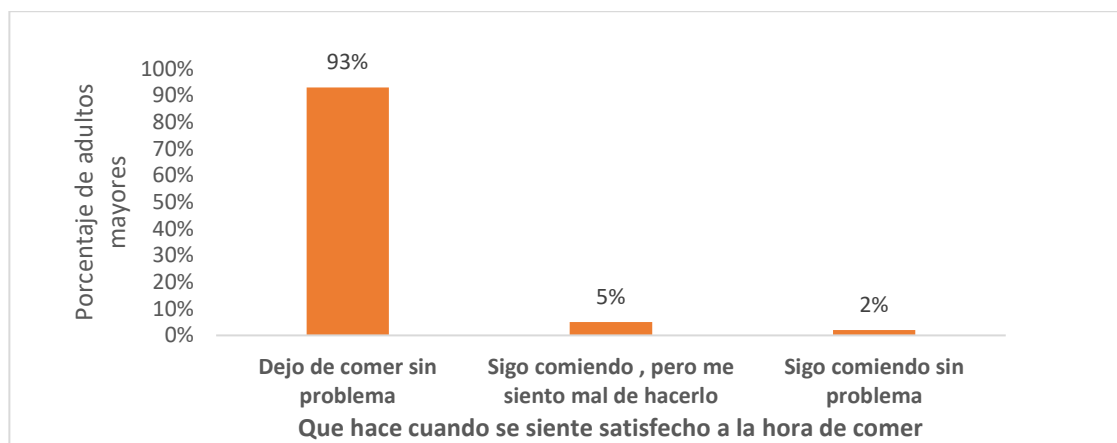


Figura 28. Porcentaje de personas adultas mayores, según la conducta que realiza al sentirse satisfecho al comer, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la figura anterior, la mayoría de las personas adultas mayores, el 93% (42 personas) afirma que cuando se siente satisfecho, deja de comer sin problema, mientras que el

5% (2 personas) sigue comiendo, pero se siente mal de hacerlo y el 2% (1 persona) afirma seguir comiendo sin problema.

4.4.13 Motivo por el que evita algún alimento

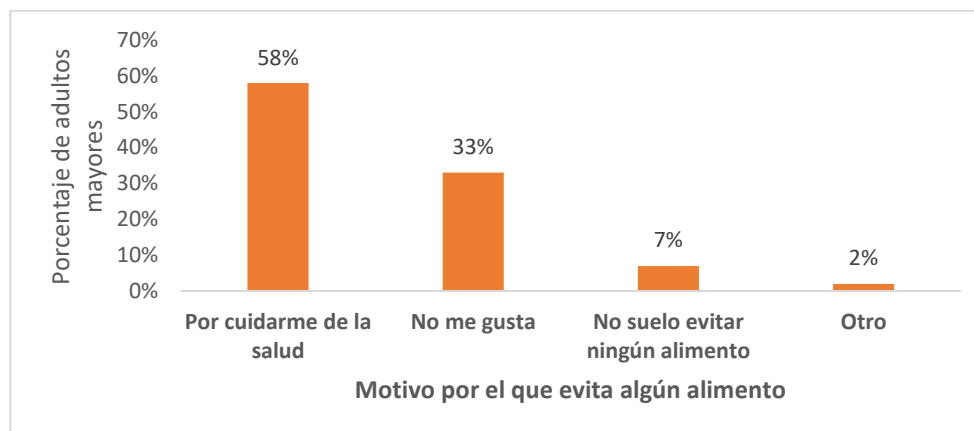


Figura 29. Porcentaje de personas adultas mayores, según el motivo por el que evita algún alimento, en la provincia de Heredia, 2020.

Fuente: Elaboración propia, 2020

Como se observa en la figura 29. El 58% (26 de los adultos encuestados), afirma que cuando evita algún alimento lo hace por motivos de “cuidar la salud”, el 33% (15 personas) lo hace porque “no le gusta”, el 7% (3 personas) afirma que “no suelen evitar ningún alimento” y el 2% (1 persona) lo hace por “otro motivo”.

4.4.14 ¿Al momento de comer, utiliza algún distractor?

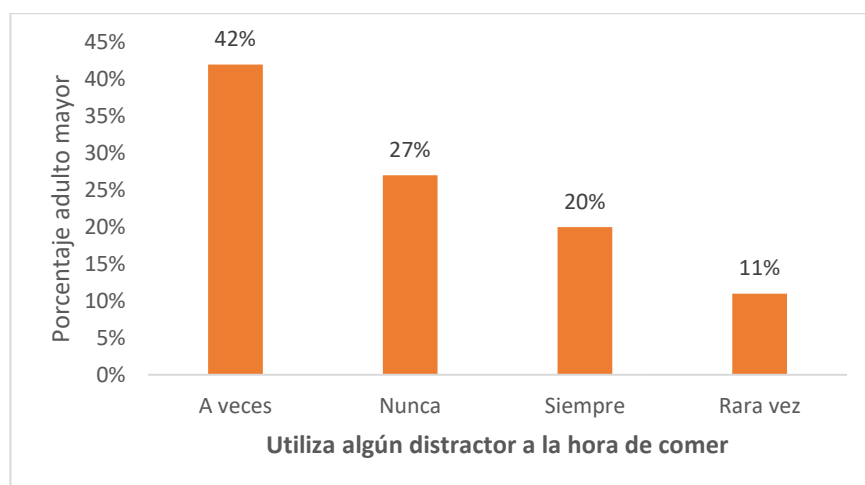


Figura 30. Porcentaje de personas adultas mayores que al momento de comer, utiliza algún distractor, en la provincia de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la figura 29. Se identifica que el 42% (19 personas) utiliza: “Algunas veces” algún tipo de distractor mientras come, ya sea, el televisor, el celular, el periódico y demás. El 27% (12 personas) no lo hace “Nunca”, el 20% (9 personas) afirma que utiliza “Siempre” algún distractor, mientras que el 11% (5 personas) lo hacen “rara vez”.

4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

A continuación, se presentan los resultados del análisis estadístico bivariado y trivariado.

ANÁLISIS BIVARIADO

4.5.1 Relación del estilo de vida y la conducta alimentaria.

Tabla 5. Relación del fumado con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Conducta alimentaria	Valor P	Relación
Tiempos de Comida	0.48	No hay relación
Cucharaditas de azúcar	0.88	No hay relación
Agrega sal extra	0.76	No hay relación
Consumo de Agua	0.36	No hay relación
Alimentación variada	0.83	No hay relación
Preparación más habitual de los alimentos	0.07	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020

Tomando en cuenta lo expuesto en la tabla anterior, no se encontró ninguna relación significativa que asociara el fumado con cada una de las conductas, al realizar el análisis mediante la prueba de correlación de Pearson se establece que existe relación significativa si el valor p es menor a 0.05, para este cruce de variables no se encontró ninguna relación significativa, por lo cual no hay relación directa entre las variables anteriores.

Tabla 6. Relación del consumo de bebidas alcohólicas con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Conducta alimentaria	Valor P	Relación
Tiempos de Comida	0.51	No hay relación
Cucharaditas de azúcar	0.20	No hay relación
Agrega sal extra	0.12	No hay relación
Consumo de Agua	0.057	No hay relación
Alimentación variada	0.70	No hay relación
Preparación más habitual de los alimentos	0.50	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020

Según la información expuesta ninguna de estas variables está correlacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas.

Tabla 7. Relación de la actividad física con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Conducta alimentaria	Valor P	Relación
Tiempos de Comida	0.42	No hay relación
Cucharaditas de azúcar	0.18	No hay relación
Agrega sal extra	0.67	No hay relación
Consumo de Agua	0.81	No hay relación
Alimentación variada	0.07	No hay relación
Preparación más habitual de los alimentos	0.07	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020

Según la información expuesta ninguna de estas variables está correlacionadas con la actividad física.

Tabla 8. Relación de las horas de sueño con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Conducta alimentaria	Valor P	Relación
Tiempos de Comida	0.26	No hay relación
Cucharaditas de azúcar	0.14	No hay relación
Agrega sal extra	0.21	No hay relación
Consumo de Agua	0.33	No hay relación
Alimentación variada	0.09	No hay relación
Preparación más habitual de los alimentos	0.25	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Según la información anterior ninguna de estas variables está correlacionadas con las horas de sueño de las personas en estudio.

Tabla 9. Relación de si realiza siestas con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Conducta alimentaria	Coefficiente de relación	Valor P	Relación
Tiempos de Comida	0.423	0.004	Relación directa
Cucharaditas de azúcar	-0.309	0.03	Relación Inversa
Agrega sal extra	-0.163	0.28	No hay relación
Consumo de Agua	-0.023	0.87	No hay relación
Consumo de Café	-0.011	0.93	No hay relación
Alimentación variada	0.004	0.97	No hay relación
Preparación más habitual de los alimentos	0.360	0.01	Relación directa

Fuente: Elaboración propia, 2020

Según la tabla anterior, la cantidad de tiempos de tiempos de comida, el consumo de azúcar y el tipo de preparación están correlacionadas con la realización de siestas. Mediante la prueba estadística de correlación de Pearson, se encuentra que las personas que sí realizan siestas

presentan la probabilidad de realizar los 5 tiempos de comida, esto mediante el coeficiente de relación de un 42%. De igual manera se encontró también que las personas que sí realizan siestas son más propensas en un 30% de no agregarle azúcar a sus bebidas. En el caso de las personas que no realizan siestas, tienen un 30% de probabilidad de consumir más azúcar. También de la tabla podemos observar la relación entre la realización de siestas y los métodos de preparación de alimentos. De esta relación se destaca que la realización de siestas representa un aumento del 36% de posibilidad de utilizar preparaciones al vapor o hervido.

Tabla 10. Relación de la condición de la dentadura con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Conducta alimentaria	Valor P	Relación
Tiempos de Comida	0.974	No hay relación
Cucharaditas de azúcar	0.85	No hay relación
Agrega sal extra	0.85	No hay relación
Consumo de Agua	0.50	No hay relación
Consumo de Café	0.56	No hay relación
Alimentación variada	0.89	No hay relación
Preparación más habitual de los alimentos	0.16	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Según la tabla anterior, ninguna de estas variables está correlacionadas con la condición de la dentadura.

Tabla 11. Relación de si tiene problemas o se le dificulta masticar o deglutir los alimentos con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Conducta alimentaria	Coefficiente de relación	Valor P	Relación
Tiempos de Comida	0.004	0.509	No hay relación
Cucharaditas de azúcar	-0.02	0.312	No hay relación
Agrega sal extra	0.02	0.245	No hay relación
Consumo de Agua	-0.33	0.025	Relación inversa
Consumo de Café	0.396	0.007	Relación directa
Alimentación variada	-0.311	0.037	Relación inversa

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Según la tabla anterior se encontró la relación entre las personas que no poseen problemas para masticar o deglutir presentan un 33% de posibilidad de consumir con mayor frecuencia el agua. Por otra parte, la relación que poseen las personas que si tienen problemas para masticar presentan un aumento del 39,6% de probabilidad de consumir café. También se encontró que el no presentar problemas para masticar o deglutir aumenta la posibilidad de poseer una alimentación variada.

4.5.2 Relación de la presencia de patologías, y la conducta alimentaria.

Tabla 12. Relación de los tiempos de comida con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Patologías	Valor P	Relación
Hipertensión arterial	0.24	No hay relación
Diabetes Mellitus	0.45	No hay relación
Dislipidemia	0.76	No hay relación
Enfermedad cardiovascular	0.70	No hay relación
Estreñimiento	0.61	No hay relación
Gastritis	0.74	No hay relación
Colitis	0.70	No hay relación
Osteoporosis	0.45	No hay relación
Artritis	0.83	No hay relación
Problemas Tiroideos	0.64	No hay relación
Posee tratamiento farmacológico	0.65	No hay relación
Asiste a control médico	0.44	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020.

De acuerdo con la tabla anterior, ninguna de las patologías está correlacionadas con los tiempos de comida.

Tabla 13. Relación del método de preparación más habitual de los alimentos con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Patologías	Coefficiente de relación	Valor P	Relación
Hipertensión arterial	0.247	0.10	No hay relación
Diabetes Mellitus	0.333	0.02	Relación directa
Dislipidemia	0.047	0.75	No hay relación
Enfermedad cardiovascular	-0.07	0.62	No hay relación
Estreñimiento	-0.01	0.90	No hay relación
Gastritis	0.141	0.35	No hay relación
Colitis	0.314	0.03	Relación directa
Osteoporosis	-0.146	0.33	No hay relación
Artritis	0.213	0.15	No hay relación
Problemas Tiroideos	0.203	0.18	No hay relación
Posee tratamiento farmacológico	0.14	0.35	No hay relación
Asiste a control médico	0.131	0.39	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020.

De acuerdo con la tabla anterior, la presencia de Diabetes Mellitus y Colitis son las únicas dos patologías que tienen correlación con la preparación de los alimentos.

La manera de preparar los alimentos aumenta la posibilidad de padecer colitis en un 31,4%. Además, también se observa que la diabetes mellitus esta correlacionada con el método de preparación más habitual de los alimentos en un 33%, de los resultados de estas correlaciones puede inferirse que el método de preparación de los alimentos si no es el más adecuado puede agravar éstas patologías , ya que algunos métodos de cocción son mejores que otros para evitar la ingesta de grasas saturadas, minimizar el consumo de azúcares añadidos y el número de calorías, además de beneficiar cuando la personas padecen de patologías inflamatorias como es el caso de la colitis (Nieto, 2014).

Tabla 14. Relación del consumo de sal con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Patologías	Coefficiente de relación	Valor P	Relación
Hipertensión arterial	-0.006	0.9639	No hay relación
Diabetes Mellitus	0.138	0.365	No hay relación
Dislipidemia	0.234	0.121	No hay relación
Enfermedad cardiovascular	0.107	0.483	No hay relación
Estreñimiento	0.336	0.024	Relación directa
Gastritis	0.020	0.892	No hay relación
Colitis	0.107	0.483	No hay relación
Osteoporosis	0.386	0.009	Relación directa
Artritis	-0.110	0.4702	No hay relación
Problemas Tiroideos	-0.067	0.660	No hay relación
Posee tratamiento farmacológico	0.041	0.788	No hay relación
Asiste a control médico	-0.020	0.891	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Según la tabla anterior se encontró relaciones entre el consumo de sal y la presencia de patologías como el estreñimiento y la Osteoporosis. Las personas que consumen y agregan sal extra a las comidas presentan un aumento de un 33,6% en la posibilidad de presentar estreñimiento, y un 38,6% más propensos de presentar Osteoporosis. En el caso del primero el exceso de sal causa un déficit de otros elementos necesarios en el cuerpo, que al disminuir su concentración generan estreñimiento y en el segundo un incremento de sal provoca la excreción de calcio que está asociada con la osteoporosis (Botella, Alfaro, & Hernández, 2015).

Tabla 15. Relación de si evita el consumo de frituras y grasas con la presencia de patologías, el tratamiento farmacológico y la asistencia a control médico, de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Patologías	Coefficiente de relación	Valor P	Relación
Hipertensión arterial	0.167	0.27	No hay relación
Diabetes Mellitus	0.036	0.81	No hay relación
Dislipidemia	0.155	0.30	No hay relación
Enfermedad cardiovascular	0.223	0.14	No hay relación
Estreñimiento	0.07	0.64	No hay relación
Gastritis	-0.06	0.65	No hay relación
Colitis	-0.08	0.59	No hay relación
Osteoporosis	0.201	0.18	No hay relación
Artritis	0.201	0.18	No hay relación
Problemas Tiroideos	0.12	0.42	No hay relación
Posee tratamiento farmacológico	0.176	0.24	No hay relación
Asiste a control médico	0.317	0.03	Relación directa

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Según la tabla anterior, el evitar el consumo de frituras y grasas solo esta correlacionada a la asistencia al control médico. Por lo tanto, se puede observar que los adultos mayores que si evitan el consumo de frituras y grasas no saludables suman esta conducta a la de asistir a control médico frecuentemente las cuales representan acciones que benefician la salud de estas personas.

Tabla 16. Relación del consumo de cucharaditas de azúcar con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Patologías	Coefficiente de relación	Valor P	Relación
Hipertensión arterial	0.034	0.81	No hay relación
Diabetes Mellitus	0.006	0.96	No hay relación
Dislipidemia	0.019	0.90	No hay relación
Enfermedad cardiovascular	0.108	0.47	No hay relación
Estreñimiento	0.221	0.14	No hay relación
Gastritis	0.056	0.71	No hay relación
Colitis	0.16	0.27	No hay relación
Osteoporosis	0.25	0.09	No hay relación
Artritis	0.006	0.96	No hay relación
Problemas Tiroideos	-0.301	0.02	Relación Inversa
Posee tratamiento farmacológico	-0.021	0.89	No hay relación
Asiste a control médico	-0.01	0.94	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Según la tabla anterior, los problemas de tiroideos es la única enfermedad que se correlaciono con el consumo de azúcar. En este sentido las personas adultas mayores que no presentan problemas tiroideos presentan un aumento de un 30% de consumir más de 3 cucharaditas de azúcar.

Tabla 17. Relación de la alimentación variada con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Patologías	Valor P	Relación
Hipertensión arterial	0.16	No hay relación
Diabetes Mellitus	0.07	No hay relación
Dislipidemia	0.288	No hay relación
Enfermedad cardiovascular	0.58	No hay relación
Estreñimiento	0.12	No hay relación
Gastritis	0.34	No hay relación
Colitis	0.12	No hay relación
Osteoporosis	0.61	No hay relación
Artritis	0.61	No hay relación
Problemas Tiroideos	0.76	No hay relación
Posee tratamiento farmacológico	0.34	No hay relación
Asiste a control médico	0.45	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la tabla anterior, no se encontró relación entre tener una alimentación variada y las patologías presentes.

Tabla 18. Relación de la asistencia a control médico con la conducta alimentaria de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Conducta alimentaria	Valor P	Relación
Tiempos de Comida	0.44	No hay relación
Cucharaditas de azúcar	0.94	No hay relación
Agrega sal extra	0.89	No hay relación
Consumo de Agua	0.09	No hay relación
Alimentación variada	0.45	No hay relación
Preparación más habitual de los alimentos	0.39	No hay relación
Motivo por el que evita algún alimento	0.06	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la tabla anterior, ninguna de estas variables se asoció con la asistencia al control médico.

4.5.3 Relación del estilo de vida y la presencia de patologías

Tabla 19. Relación del consumo de bebidas alcohólicas con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Patologías	Valor P	Relación
Hipertensión arterial	0.53	No hay relación
Diabetes Mellitus	0.53	No hay relación
Dislipidemia	0.38	No hay relación
Enfermedad cardiovascular	0.49	No hay relación
Estreñimiento	0.49	No hay relación
Gastritis	0.34	No hay relación
Colitis	0.49	No hay relación
Osteoporosis	0.53	No hay relación
Artritis	0.21	No hay relación
Problemas Tiroideos	0.70	No hay relación
Cáncer	0.70	No hay relación
Posee tratamiento farmacológico	0.17	No hay relación
Asiste a control médico	0.057	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la tabla anterior ninguna de estas patologías esta correlacionada con el consumo del licor.

Tabla 20. Relación de la actividad física con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Patologías	Valor P	Relación
Hipertensión arterial	0.63	No hay relación
Diabetes Mellitus	0.34	No hay relación
Dislipidemia	0.76	No hay relación
Enfermedad cardiovascular	0.60	No hay relación
Estreñimiento	0.60	No hay relación
Gastritis	0.47	No hay relación
Colitis	0.60	No hay relación
Osteoporosis	1	No hay relación
Artritis	0.34	No hay relación
Problemas Tiroideos	0.24	No hay relación
Cáncer	0.77	No hay relación
Posee tratamiento farmacológico	0.79	No hay relación
Asiste a control médico	1	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la tabla anterior ninguna de las patologías se asoció o esta correlacionada con la práctica de actividad física.

Tabla 21. Relación del fumado con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Patologías	Coefficiente de relación	Valor P	Relación
Hipertensión arterial	0.147	0.33	No hay relación
Diabetes Mellitus	0.426	0.00	Relación directa
Dislipidemia	-0.07	0.62	No hay relación
Enfermedad cardiovascular	-0.059	0.69	No hay relación
Estreñimiento	-0.059	0.69	No hay relación
Gastritis	-0.08	0.59	No hay relación
Colitis	0.384	0.00	Relación directa
Osteoporosis	-0.05	0.72	No hay relación
Artritis	-0.05	0.72	No hay relación
Problemas Tiroideos	-0.032	0.83	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la tabla 21. La diabetes Mellitus y la Colitis son las únicas dos patologías que están correlacionadas con el fumado. De estas relaciones se destaca las siguientes afirmaciones, las personas que fuman son más propensos en un 42% de presentar Diabetes y un 38,4% de presentar Colitis.

Tabla 22. Relación de las horas de sueño con la presencia de patologías de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

Patologías	Valor P	Relación
Hipertensión arterial	0.74	No hay relación
Diabetes Mellitus	0.35	No hay relación
Dislipidemia	0.32	No hay relación
Enfermedad cardiovascular	0.89	No hay relación

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo con la figura anterior no se encontró asociación entre las patologías con las horas de sueño.

ANÁLISIS TRIVARIADO

4.5.4 Relación del estilo de vida y la conducta alimentaria con la presencia de patologías

Tabla 23. Relación de la actividad física y la conducta alimentaria con la presencia de patologías, de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

		Patologías						
Conducta alimentaria		HTA	Diabetes Mellitus	Dislipidemia	Enfermedades cardiovasculares	Estreñimiento	Gastritis	Colitis
		Valor p						
Actividad física	Consumo de Agua	0.68	0.78	0.39	0.29	0.85	0.36	0.12
	Agrega sal	0.94	0.39	0.12	0.50	0.02	0.85	0,50
	Método de preparación	0.12	0.04	0.81	0.52	0.78	0.24	0,04
	Alimentación variada	0.19	0.11	0.31	0.47	0.15	0.24	0.15
	Factor que considera importante	0.64	0.86	0.33	0.39	0.80	0.64	0.76
	Evita el consumo de grasas	0.55	0.66	0.10	0.74	0.09	0.57	0.74

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Con base en la tabla anterior se encontró una asociación significativa al relacionar estas tres variables. Se destacan las siguientes relaciones:

- Se relacionó la práctica de actividad física, el método de preparación de los alimentos y la presencia de diabetes y colitis.
- Se relacionó la práctica de actividad física, si agrega sal y la presencia de estreñimiento.

Tabla 24. Relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la conducta alimentaria con la presencia de patologías, de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

		Patologías					
Conducta alimentaria		HTA	Diabetes Mellitus	Dislipidemia	Enfermedades cardiovasculares	Estreñimiento	Gastritis
		Valor p					
	Consumo de Agua	0.79	0.89	0.51	0.20	0.70	0.207
	Agrega sal	0.92	0.284	0.07	0.38	0.01	0.71
Consumo de bebidas alcohólicas	Método de preparación	0.08	0.02	0.69	0.67	0.95	Osteoporosis 0.004
	Alimentación variada	0.17	0.08	0.31	0.55	0.13	Colitis 0.02
	Factor que considera importante	0.75	0.97	0.42	0.30	0.93	0.37
	Evita el consumo de grasas	0.52	0.62	0.13	0.70	0.10	0.68
							0.83

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Con base en la tabla anterior se encontró una asociación significativa al relacionar estas tres variables. Se destacan las siguientes relaciones:

- El consumo de bebidas se asoció, con el método de preparación de los alimentos y la presencia de diabetes y colitis.
- El consumo de bebidas se asoció, con el agregar sal, y el estreñimiento y osteoporosis.

Tabla 25. Relación entre el fumado y la conducta alimentaria con la presencia de patologías, de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

	Patologías						
	Conducta alimentaria	HTA	Diabetes Mellitus	Dislipidemia	Enfermedades cardiovasculares	Estreñimiento	Gastritis
	Valor p						
Fumado	Consumo de Agua	0.76	0.92	0.34	0.32	0.90	0.38
	Agrega sal	1	0.25	0.13	0.49	0.02	0.91
	Método de preparación	0.15	0.10	0.65	0.69	0.98	0.27
	Alimentación variada	0.15	0.04	0.30	0.57	0.13	0.35
	Factor que considera importante	0.57	0.59	0.39	0.33	0.90	0.64
	Evita el consumo de grasas	0.66	0.40	0.103	0.81	0.08	0.70

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Con base en la tabla anterior se encontró una asociación significativa al relacionar estas tres variables. Se destacan las siguientes relaciones:

- Se encontró una relación entre el fumado, la alimentación variada y la presencia de diabetes.
- Se encontró una relación entre el fumado, el agregar sal y la presencia de estreñimiento.

Tabla 26. Relación entre el tiempo que permanece sentado y la conducta alimentaria con la presencia de patologías, de las personas adultas mayores, en la provincia de Heredia, 2020.

		Patologías					
Conducta alimentaria		HTA	Diabetes Mellitus	Dislipidemia	Enfermedades cardiovasculares	Estreñimiento	Gastritis
		Valor p					
Tiempo que permanece sentado	Consumo de Agua	0.55	0.74	0.31	0.36	0.84	0.36
	Agrega sal	0.88	0.02	0.14	0.52	0.02	0.90
	Método de preparación	0.11	0.02	0.80	0.58	0.91	0.36
	Alimentación variada	0.20	0.08	0.34	0.50	0.11	0.35
	Factor que considera importante	0.53	0.93	0.27	0.44	0.87	0.56
	Evita el consumo de grasas	0.38	0.54	0.14	0.62	0.06	0.71

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Con base en la tabla anterior se encontró una asociación significativa al relacionar estas tres variables. Se destacan las siguientes relaciones:

- Se encontró una asociación significativa entre el tiempo que permanece sentado, el agregar sal y la presencia de estreñimiento y diabetes.
- Se encontró una asociación significativa entre el tiempo que permanece sentado, el método de preparación de los alimentos y la presencia de diabetes.

CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación, se procede a realizar el análisis y discusión de los resultados que se obtienen en la investigación.

5.1 Datos sociodemográficos

De acuerdo con las características sociodemográficas (ver tabla 3), en cuanto al género se destaca que la mayoría del total de la muestra corresponde a un 67% al género femenino, lo que coincide con los datos del (INEC, 2018) que afirma que el 52, 8% de la población adulta mayor en Costa Rica corresponde a mujeres siendo este grupo el más representativo, en cuánto a la distribución por sexo específicamente en la provincia de Heredia, también se destaca que la mayoría de esta población adulta mayor con rango de edades de 65 a los 85 años en adelante pertenecen al género femenino. En cuanto al rango de edad de la población estudiada, sobresale el grupo de personas adultas mayores con edades de 65 a 70 años (47%) y de 71 a 75 años (33%), datos del (INEC, 2018) reflejan como ha venido aumentando la esperanza de vida de las personas adultas mayores en los últimos años y en cómo la población adulta mayor de edades de 65 a 79 años va en aumento.

En cuanto al estado civil de las personas adultas mayores encuestadas predominan las personas casadas (36%) y viudas (27%). En un estudio realizado por (Figuerola, Soto, & Santos, 2016) los resultados obtenidos coinciden con los de esta investigación, ya que se evidencia mayor prevalencia de los adultos mayores casados, y también se destaca un predominio de personas adultas mayores en estado de viudez que son los más comunes en esta población. Se destaca

también que en el estado de viudez se observa un mayor número de mujeres viudas que hombres, principalmente a causa de la esperanza de vida en el sexo femenino (Soria & Montoya , 2017).

La OMS afirma que a nivel mundial, los hombres tienen en promedio 4,4 años menos de esperanza de vida que el género femenino, una diferencia que ha venido aumentando con el paso de los años, se mencionan algunas causas biológicas y sociales que podrían provocar esta mayor mortalidad en hombres, se habla de que los hombres se cuidan menos, acuden con menor frecuencia al médico o consumen por lo general cinco veces más tabaco y alcohol que el género femenino, todos estos factores contribuyen a su menor esperanza de vida (OMS, 2019).

El nivel de escolaridad de la población en estudio se destaca por que la mayoría de ellos culminaron la Universidad tanto hombres como mujeres (44%), seguido de primaria y secundaria completa. Con relación al nivel de escolaridad, se encontró un estudio con personas adultas mayores en el cual también predominó un 40% aquellos adultos que culminaron sus universitarios (Figueroa, Soto, & Santos, 2016).

Generalmente la escolaridad en la persona adulta mayor es baja, principalmente entre mujeres y al relacionarlo con el estado de salud, éste mejora si cuentan con más estudios que le permiten un mejor nivel de vida de estas personas, unido a mayores posibilidades de acceso a la salud, y al bienestar en general. Las personas adultas mayores que poseen bajos niveles de educación han tenido mayores privaciones y menor acceso a recursos a lo largo de su vida, no solo se ve afectada su condición social y económica, sino también su salud (Castaño & Cardona , 2012).

En el caso de las mujeres y la prevalencia de baja escolaridad se puede deber a que han tenido menores ingresos y no las mejores ocupaciones, en comparación al género masculino desde el punto de vista de la sociedad, algo que en la actualidad ha ido cambiando y dándose más importancia al rol de la mujer.

Con respecto al ingreso económico de la población en estudio (ver figura 2), se destaca que alrededor de la mitad (45%) perciben sus ingresos por medio pensiones, para este caso pensiones del régimen de la CCSS, también sobresalen el grupo de adultos que poseen otro tipo de pensión de diferentes instituciones públicas. Siendo la minoría los que reciben ayuda económica de un familiar. Por el rango de edad en que se encuentra la población estudiada, se esperaría que, al estar jubilados, el tipo de ingreso que reciban sea por medio de las pensiones, y o reciban ayuda económica de familiares, sin embargo, también están los que a pesar de la jubilación trabajan en negocios propios generando así sus ingresos.

La situación económica de las personas adultas mayores está determinada por su poder adquisitivo, que se sustenta con ingresos de diversas fuentes, sean éstas laborales o las no laborales que tienen que ver con transferencias económicas, las cuales pueden ser familiares, jubilación por sistemas de pensiones, y los ingresos mediante programas sociales (Aguilar & Cardona , 2016).

Una pequeña parte de las personas adultas mayores recibe apoyo por parte de familiares, los cuales constituyen una fuente importante de apoyo a su economía, esta ayuda para los adultos mayores que no poseen pensión puede ser el principal medio de subsistencia, y para los que sí poseen una fuente ingreso por su jubilación, esta ayuda se vuelve un complemento para mejorar sus fuentes y poder tener acceso para satisfacer las necesidades (Aguilar & Cardona , 2016).

5.2 Determinación del estilo de vida

Dos de los diferentes factores a tomar en cuenta para determinar el estilo de vida de una persona es el consumo de bebidas alcohólicas y el fumado pues en ocasiones estas prácticas se vuelven parte de la vida cotidiana de la persona. De acuerdo con los resultados arrojados por la investigación sobre este aspecto ver figura 3 y 4, se observa que el 93% de las personas adultas

mayores del estudio en su mayoría, no consumen este tipo de bebidas. Y referente al hábito de fumar, un 98% afirman no fumar en la actualidad. Con estos resultados se puede determinar que en cuanto al consumo de tabaco y alcohol la mayoría de población estudiada no presenta estos estilos de vida no deseados que normalmente están asociados con la morbilidad y mortalidad.

Los datos de consumo de tabaco y alcohol se dice que son menores que en la población joven, porque estos van disminuyendo conforme aumenta la edad y el alcohol puede actuar de manera diferente en las personas mayores que en las personas más jóvenes. La disminución del consumo puede deberse al aumento del riesgo de mortalidad y de alterar o agravar enfermedades que ya presenta la persona, además que no se asimila de la misma manera, hay riesgo también de mayores accidentes o caídas provocadas por los efectos de estas sustancias. En este estudio realizado por (Pavón et al 2018) se incluyeron adultos de 60 años y más, de los cuales reportaron un consumo actual de alcohol 4.4% y de tabaco 5.5%, que son porcentajes bajos, lo cual coincide con los resultados expuestos (Pavón, Gogeochea, Sobeida, & Sánchez, 2018).

En cuanto a la Actividad física, ver figura 5, se identifica que la mayoría de las personas adultas mayores 60% sí realizan actividad física y de ese porcentaje la mayoría son mujeres, mientras que el restante se podría catalogar como personas sedentarias. De las personas mayores que sí realizan actividad física (figura 6), el tipo de actividad que más realizan es salir a caminar y practicar natación y otras actividades que mencionan que realizan la minoría que son: correr y trotar, zumba y aeróbicos, bicicleta estacionaria y yoga.

En un estudio realizado por (Leiton et al, 2017) se encontró que el 78% realizan actividad física; y de estos, las mujeres son las que realizan más actividad física que los hombres. También se encontró coincidencia con la presente investigación ya que la actividad que más realizan son caminatas (Leiton , Fajardo, & Luna , 2017).

En relación con la actividad física en este estudio según; (Barrón, Rodríguez, & Chavarría, 2017) se encontró que el 93% o sea la mayoría, coincide con que realizan algún tipo de actividad física entre ellas, yoga, gimnasia, zumba y caminar al menos 30 minutos al día.

La práctica de actividad física en las personas adultas mayores es de suma importancia para la salud, tiene el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, y fortalecimiento de los huesos y músculos, independientemente de los autores consultados, existe coincidencia en los tiempos propuestos por la OMS para la actividad física recomendada para personas adultas mayores, por eso la (OMS) recomienda la práctica de 150min semanales de actividades físicas moderadas aeróbicas (Organización Mundial de la Salud , 2010).

Cuando se trata de dedicar tiempo a la realización de actividad física ver figura 7, los tiempos que más sobresalen corresponden al (27%) quienes dedican más de 45min a la actividad física, y el 22% que dedican de 20 a 30min. Se ha considerado que la realización de al menos 30 minutos de actividad física de baja a moderada intensidad con una frecuencia de 5 o más días semanales, sería lo recomendado para lograr beneficios sobre la salud de las personas (Durán, y otros, 2017).

La condición de la dentadura de las personas adultas mayores sobre todo con este rango etario tiende a sufrir modificaciones con el tiempo y los años. Al respecto, sobre la condición de la dentadura de las personas adultas mayores encuestadas, ver figura 9, se destacan los siguientes resultados: el 40% posee la mayoría de sus dientes, seguido del 38% utiliza prótesis dental.

Dentro de las afectaciones que se pueden ver a lo largo del envejecimiento, están las enfermedades oro bucales que a largo plazo constituyen una causa importante de pérdida de

piezas dentales, y a corto plazo, pueden interferir con la alimentación de la persona y afectar consecuentemente su estado nutricional. En este estudio el 60.9% de las personas adultas mayores utilizaba prótesis dental, en el caso de esta investigación los datos que sobresalen son que las personas encuestadas que aún conservan la mayoría de sus dientes, y los que utilizan prótesis dental (Hernández, Marimón, Linares, & González, 2017).

La salud del aparato bucal se relaciona con la alimentación de muchas maneras, es probable también que las formas de preparación, cocción y consumo de las carnes especialmente influyan de acuerdo con la condición en la que se encuentra la dentadura, al igual que la correcta masticación y deglución de los alimentos que implica la integridad de la dentición (Hernández, Marimón, Linares, & González, 2017).

Las personas adultas mayores presentan un deterioro bucal y del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento. La mayoría de los cambios en la cavidad bucal que ocurren en la medida que la persona envejece son pequeños y menos obvios que los que ocurren en otros órganos. La edad, está asociada a una disminución en la higiene bucal, así como, a ciertos hábitos, estilos de vida y deficiencias nutricionales que constituyen elementos de riesgo (Laplace, y otros, 2013).

Otro de los problemas que se incrementan a medida que avanza la edad y se relacionan con la alimentación son los procesos de masticación y deglución. En cuanto a si las personas adultas mayores presentaban alguna dificultad para masticar o deglutir los alimentos se encontró que el 91% no presenta este tipo de problemas, ver figura 10. Si se relaciona este dato, con la información aportada en cuanto a condición de la dentadura, sobresale un 40% de personas con la mayoría de sus dientes, lo cual podría ser una causa para las dificultades de masticación.

La disfagia se puede presentar a cualquier edad, sin embargo, es más frecuente que ocurra en personas adultas mayores, ésta puede llegar a producir efectos como la dependencia de otras personas, malnutrición y deshidratación, problemas respiratorios o atragantamientos. Ésta se puede dar también a causa de la pérdida de piezas dentales o desajustes en las prótesis dentales.

La disfagia orofaríngea ocurre por dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esófago y es considerada muy común en esta población estudiada, sucede por diferentes causas entre ellas cambios neuromusculares, por pérdida de fuerza de la mandíbula, por una disminución en la producción de saliva, alteraciones en la dentadura de la persona, o deformidades estructurales de la cabeza y el cuello que pueden quedar a raíz de cirugías. También hay que considerar otros factores de riesgo para disfagia orofaríngea como lo son, la edad, baja capacidad funcional, la presencia de enfermedades neurodegenerativas y uso de medicamentos con acción sobre el sistema nervioso central (Ariza & Rojas, 2020).

Por eso es de suma importancia este tema en esta población, los datos de esta investigación reflejan lo contrario a otros estudios en donde es común este tipo de problema, la prevalencia media de disfagia reportada en residencias geriátricas es del 65-75%, y en personas adultas mayores que viven en la comunidad entre el 15-25% (Ferrero, 2012). Esta diferencia entre las dos poblaciones puede deberse a que la prevalencia de disfagia según se encontró varía en diferentes tipos de demencia y se observa con mayor frecuencia en la población adulta mayor que vive en hogares de larga estancia, donde es común que las personas adultas mayores tengan enfermedades con trastornos neurocognitivos como el Alzheimer y demencia por enfermedad de Parkinson que afectan el proceso de deglución, además de situaciones de salud que dificulten su movilidad y funcionalidad y generen dependencia de otra persona (Ariza & Rojas, 2020).

En relación con las horas de sueño, ver figura 11, se observa que, el mayor porcentaje 80% corresponde a los que duermen de 6 a 8 horas en la noche, seguido de los que duermen más de 8 horas. Estos resultados coinciden con los de (Hipollito, 2016) los cuales determina que el 95% de las personas adultas mayores de su muestra duermen de 6 a 8 horas diarias (Hipollito, 2016).

En cuanto a las siestas durante el día los resultados son similares el 51% sí realiza siestas, mientras que el 49% (22) no realiza, con una duración de éstas de 20 a 30 min y más de 30 min.

En varios estudios se habla de que el insomnio es uno de los problemas más prevalentes en las personas de edad avanzada, asociado a cambios en los estilos de vida. Es más frecuente en mujeres, en personas adultas mayores, se relaciona con la presencia de otras morbilidades y contribuye a la disminución de la funcionalidad en esta etapa de la vida. Si se tiene trastornos de insomnio es mejor evitar las siestas durante el día, sobre todo si son mayores a 20-30 minutos. Gran parte de las personas que sufren de insomnio toman medicamentos por otros motivos, y estos pueden interferir con los patrones de sueño (D'Hyver, 2018).

Una investigación presentada en Múnich muestra que las siestas diurnas de más de 1 hora de duración incrementan en un 45% el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, mientras que las siestas de menos de una hora no aumentan ese riesgo. Se ha hablado de que el sueño es uno de los componentes para llevar una vida saludable, sumada a una buena alimentación y la actividad física apropiada. Sin embargo, en algunas personas adultas mayores el no dormir lo suficiente por la noche se asocia con alteraciones: como la disminución de la capacidad física, problemas de concentración y atención, cambios asociados al envejecimiento, modificaciones en el ciclo circadiano, patologías y tratamientos de las mismas asociados, lo que acaba produciendo una disminución de la calidad de vida de éstas (D'Hyver, 2018).

Así mismo se interrelaciona con múltiples problemas tanto físicos, como psicológicos y sociales que pueden agravar o ser causa a su vez de las alteraciones del sueño. Dormir siestas, para poder compensar esa falta de descanso es recomendable siempre y cuando éstas sean breves, entre 15 y 30 minutos (Tomahide, 2016).

5.3 Presencia de patologías

Con respecto a esta variable, además de identificar las patologías presentes en esta población, se realizaron preguntas para complementar, discutir y relacionar aspectos como la asistencia a control médico y el tratamiento farmacológico que van de la mano en el control de las diferentes patologías.

En relación con los resultados que aporta la presente investigación sobre la presencia de patologías de las personas adultas mayores de la muestra ver figura 12, se destaca: la hipertensión arterial presente en un 49%, la gastritis 22% y las dislipidemias 20%, otras patologías que representan cada una el 13% son: la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, y el estreñimiento, y el 11% corresponde a las personas adultas mayores que padecen de colitis.

En un estudio consultado, se señala que entre las cinco condiciones más prevalentes se encontró la hipertensión arterial (55.6 %), dislipidemia (40.3%), infección urinaria (38%) y artrosis/artritis (34.7%). Así como en otros estudios de prevalencia, en poblaciones con personas mayores y no mayores, la HTA sigue siendo la patología más frecuente, que prevalece en un 60% en mayores de 60 años (Morales, y otros, 2016).

En este otro estudio sobre la prevalencia de diferentes patologías se destaca que 66,7% de las personas adultas mayores presentan algún tipo de enfermedades crónicas, de los cuales el

24,4% tienen diabetes, el 21,1% hipertensión arterial, el 11,1% dislipidemia, y el 10% gastritis, osteoporosis e hipertiroidismo, enfermedades crónicas que podrían disminuir considerablemente la calidad de vida y que coinciden con la mayoría encontradas en esta investigación, siendo éstas las más recurrentes en población adulta mayor (Alba & Mantilla , 2014).

En este otro estudio en adultos mayores prevaleció la hipertensión arterial (63,8%), seguido por la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares con 18,1%. Algunas de las enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas constituyen principales causas de morbimortalidad sobre todo en personas adultas mayores no solo a nivel mundial (González & Cardentey, 2018).

En cuanto a los resultados sobre la asistencia a control médico, ver figura 13, se destaca que la mayoría de los adultos mayores, el 78% afirma asistir a control médico de forma regular. Costa Rica es un país privilegiado en la parte del sector salud, a lo largo del territorio nacional prácticamente la cobertura y el acceso a servicios de salud como los que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social en EBAIS y clínicas y las instituciones privadas, permiten que las personas tengan acceso a controles regulares. La asistencia regular a control médico es de suma importancia para la prevención y el diagnóstico de enfermedades tempranas. Con base en los datos recientes, durante el 2018, un 84% de los habitantes de Costa Rica de 65 años y más utilizaron servicios públicos de salud (EBAIS, clínicas, hospitales), mientras que solo un 15% utilizaron servicios privados (UCR, CONAPAM, 2020).

Según el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (CONAPAM, 2008), en el capítulo sobre uso y acceso de los servicios de salud, afirma que la población adulta

mayor no solo consulta por alguna morbilidad sino, también, por control de sus padecimientos crónicos, además hay un alto acceso a servicios preventivos relacionados con enfermedades cardiovasculares. Los resultados del segundo informe publicado este año, arrojan un aumento de 64% en las consultas externas en establecimientos de la CCSS de personas de 65 años y más. Se observa un importante aumento de la demanda de servicios de consulta en personas adultas mayores, situación que se relaciona con un aumento de presencia de varias enfermedades simultáneas y evidencia una mayor cantidad de personas adultas mayores en el país (UCR, CONAPAM, 2020).

En esta población es muy común ver la presencia de diversas patologías, y la toma de varios tratamientos ya sea por prevención o tratamiento de las enfermedades o padecimientos que posee. En la población estudiada el 69% afirma tomar algún tratamiento farmacológico. Lo que concuerda con la presencia de comorbilidad que ocasiona la prescripción simultánea de fármacos para distintas patologías. Según lo afirma la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), el 89% de las personas mayores de 65 años consume a diario medicamentos, llegando al 93,4% en el caso de los mayores de 75 años (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología , 2015).

Y siguiendo en la misma línea sobre el tratamiento farmacológico ver figura 15, en los resultados se destaca que 11 de los participantes no toman ningún medicamento, mientras que nueve de ellos toman (dos medicamentos al día), ocho de ellos toman (tres medicamentos al día), cuatro personas toman (de cinco a seis medicamentos al día), dos personas toman (Cuatro medicamentos), una persona toma (siete y 11 medicamentos al día), por último solo una persona consume el número más alto que es (11 medicamentos al día).

La presencia de comorbilidad ocasiona la prescripción simultánea de fármacos para distintas patologías. Se considera paciente polimedicado al que recibe 5 o más fármacos en un período de más de 6 meses, pero se ha visto que el uso de 6 o más fármacos es un predictor de mortalidad independiente (Pizarro, 2016). El porqué de la mortalidad puede deberse a la prescripción inapropiada de medicamentos, y como consecuencia de ello, de mala adherencia a los esquemas terapéuticos, automedicación, efectos adversos o reacciones tóxicas, el uso de medicamentos psicotrópicos y cardiovasculares asociados con un mayor riesgo de provocar caídas, omisión o sobredosis de algún medicamento, que en general son posibles desventajas del uso múltiple de diferentes fármacos, provocando un deterioro de la calidad de vida y una mayor morbimortalidad (Castro, Orozco, & Marín, 2015).

Con el aumento de la esperanza de vida la población y padecimiento de patologías crónicas se da un elevado consumo en el número de fármacos. En este estudio de (Paci et al 2015) se destaca que aproximadamente un 40% de pacientes de entre 75 y 84 años consumían más de 10 fármacos prescritos. La polimedicación se asoció mayoritariamente en el grupo de edad de 70 a 89 años, con una media de ocho medicamentos por paciente, y de siete medicamentos a partir de los 90 años. En diversos estudios en Europa, se ha encontrado una prevalencia de polimedicación de hasta un 34% de la población mayor de 65 años (Paci, García, Redondo, & Fernández, 2015), lo que concuerda con esta investigación que la mayoría toma algún tratamiento farmacológico alrededor de dos a seis medicamentos al día.

5.4 Conducta alimentaria

De acuerdo con los resultados arrojados por la investigación sobre tiempos de comida (Ver figura 16 y 17) se observa que la mayoría de las personas adultas mayores el 53% realiza de 3 a 4 tiempos de comida, seguido del 31% que realiza los 5 tiempos de comida. Los tiempos de

comida del desayuno, almuerzo, cena y la merienda de la tarde son los que más afirman realizar. Si bien las personas de edad avanzada pueden reducir su ingestión total de alimentos debido a la disminución de sus requerimientos energéticos diarios, la ingestión de todos los grupos de alimentos incluyendo vitaminas y minerales debe permanecer. (García & Villalobos , 2012). La importancia está en la variedad en los alimentos, en el modo de preparación y las cantidades fraccionándolas en pequeñas porciones que se puedan ir consumiendo en el día.

Al respecto en este estudio se encontró que el 66% realizaba 3 tiempos de comida al día y un 34% consumía los 4 tiempos (Barrón , Rodríguez, & Chavarría , 2017). La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) en su guía sobre alimentación en la persona adulta mayor aconseja realizar como mínimo cuatro tiempos de comidas al día, tomando menores cantidades de alimentos en cada una y procurando especialmente que las cenas sean menos copiosas (Álvarez, y otros, 2018).

Sobre el tipo de líquidos que consumen con más frecuencia durante el día ver figura 18, la mayoría de la población 54% afirma que es el agua y en segundo lugar el café.

Uno de los principales problemas que encontramos en las población adulta mayor, es lograr una ingesta líquida adecuada, en ellos existe una disminución del agua corporal total, y además la percepción o sensación de la sed es mucho más tardía, pero una vez que tienen ésta sensación de sed, la respuesta o cantidad de agua que ingieren es menor, lo que los hace especialmente susceptibles a la deshidratación También es frecuentemente que tiendan a limitar la ingesta de agua y otros líquidos debidos a la incontinencia urinaria (Iglesias, y otros, 2011).

Se destaca de los resultados obtenidos el consumo de agua como principal líquido que se consume con mayor frecuencia en el día, éste representa la mejor opción para una correcta

hidratación, y se debe controlar además, el consumo de té y café, ya que altera el sueño y al tratarse de líquidos diuréticos, contribuyen a la deshidratación, en especial cuando la ingesta de líquidos es insuficiente o hay pérdida excesiva de estos (Garrido, 2017).

Las necesidades diarias de líquidos van desde 30-35 ml por kilogramo de peso al día, o bien 1-1,5 ml por kilocaloría ingerida por día. Esto significa unos 2-2,5 litros diarios (un litro aproximadamente se ingiere con los alimentos y el resto con la bebida). Estos requerimientos varían en función de la actividad o ejercicio físico que realice, las condiciones ambientales, la dieta que lleve, los problemas de salud que padezca y de los medicamentos que tome (Sociedad española de geriatría y gerontología, 2011) .Una inadecuada ingestión de líquidos puede desencadenar problemas relacionados con la deshidratación, como desequilibrios electrolíticos, desorientación, problemas con la memoria, falta de concentración y atención, puede aumentar la sensación de agotamiento, dolor muscular, cambios en la piel, daños en el riñón ,además puede provocar estreñimiento, estas son algunas de las problemáticas que pueden suceder cuando la persona adulta mayor no está hidratado correctamente.

El consumo de azúcar es otro de los alimentos que deben consumirse con moderación para evitar afectaciones en la salud, éste se represento por la cantidad de cucharaditas que agregan a las bebidas o al café. (En la figura 19) sobresalen dos resultados importantes: los que le agregan “Una cucharadita” (36%) y los que le agregan de “Dos a tres” (36%), por otra tenemos los que afirman que “No le ponen azúcar” (24%), siendo la minoría la que sobrepasa de tres cucharaditas.

El azúcar es uno de los ingredientes con mayor presencia en nuestra alimentación, no solo el que le ponemos al café, sino el que encontramos en postres, jugos y productos artificiales en bebidas refrescantes y en los alimentos que se encuentra naturalmente. La OMS (Organización

Mundial de la Salud) recomienda reducir el consumo de azúcares diarios a menos del 10% de la ingesta calórica total”, en una dieta basada en 2000kcal en cucharaditas vienen a ser 50 gramos, idealmente, para proporcionar beneficios adicionales para la salud, la cantidad debería quedar por debajo del 5% del aporte calórico (25 gramos) no más de 5 cucharaditas distribuidas durante todo el día, esta medida es más estricta cuando las personas mayores padecen de diabetes (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2015).

En cuanto al consumo de sal extra en las preparaciones o comidas se logró identificar que la mayoría de las personas adultas mayores encuestados, el 91% no agrega sal extra a sus comidas, lo cual es un resultado bastante positivo.

En un estudio realizado por (Barrón , Rodríguez, & Chavarría , 2017) el 80% del grupo estudiado agregaba sal adicional a las comidas, resultados que difieren con la presente investigación. Un exceso en el consumo de sal puede provocar o agravar algunos problemas de salud, como lo son la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia renal, y la osteoporosis, estos son algunos de los problemas que se pueden presentar por eso es de suma importancia tener cuidado con los excesos en la alimentación, el riesgo es igual para todas la poblaciones, sin embargo , existen datos que indican que alrededor del 74% en las mujeres y el 64 % en hombres entre 65 a 74 años son hipertensos, rango de edades en los que se encuentra la población estudiada y que coinciden con una de las patologías presentadas en la mayoría de estos. El resultado encontrado en la presente investigación resulta importante ya que según datos de la OMS reducir la ingesta de sodio en personas adultas mayores disminuye la tensión arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares (OMS, 2019). Normalmente a las personas que se les ha detectado una patología como la hipertensión optan por mejorar al adoptar una alimentación baja en sal o sin sal dependiendo del caso.

El método de cocción de los alimentos más utilizada por los participantes es: al vapor o hervido representado por el 47%, y el segundo más utilizado es: asado o a la plancha. El método de cocción de forma hervido suele ser uno de los preferidos en esta población debido a que la consistencia suele ser más blanda para el paladar y de fácil preparación, además de ser más saludable comparado con otros métodos como las frituras que se asocian a problemas cardiovasculares, dislipidemia entre otros. Los datos obtenidos coinciden con este estudio en donde la preparación más frecuente de los alimentos fue hervida o al horno, con un 97%, y un 3% lo hace frito (Barrón , Rodríguez, & Chavarría , 2017).

Una conducta alimentaria esperada sobre el consumo y preparación de las carnes en general sería que en la medida de lo posible se escojan cortes magros o bajos en grasa, pero cuando esto no suceda tengamos la capacidad quitar los excesos de grasa visible de estas. Respecto a esto, se destaca que el 42% o sea la mayoría de los adultos mayores acostumbran a quitar toda la grasa visible de las carnes, mientras que el 33% le quitan la mayoría, ambos representan resultados positivos.

Al respecto las Guías alimentarias para la educación nutricional en Costa Rica nos hablan sobre la función de las grasas que contribuyen a dar sabor y textura a las comidas y pueden ser visibles o no visibles. Las grasas visibles son las que se adicionan a los alimentos en su preparación, y las no visibles que son aquellas que se encuentran como parte de la composición del alimento a veces son detectables a simple vista, como la grasa de la leche, la piel del pollo y las carnes rojas, por eso una buena conducta con respecto a estas grasas visibles en las carnes es eliminarlas o escoger cortes magros, pequeños hábitos que forman conductas que tienen beneficios para la salud.

El escoger una grasa saludable para cocinar los alimentos se refleja en la conducta alimentaria de una persona, al preguntar sobre qué tipo de grasa utilizaba para cocinar (ver figura 24) se identifica que la mayoría (72%), utilizan algún aceite vegetal por ejemplo (soya, maíz, canola, girasol, coco) y el 27% utiliza aceite de oliva. Ambos resultados determinan que el aceite de fuentes vegetales es el más utilizado por esta población, algo que representa beneficios a la salud de estos.

Se sabe que el consumo de grasas saturadas provenientes de origen animal favorece el aumento del colesterol LDL y con esto el riesgo de aparición de aterosclerosis, y enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, la sustitución de estos por grasas vegetales posee varios beneficios entre ellos el aporte de cantidades importantes de vitaminas destacando las vitaminas E y A, micronutrientes claves a lo largo de toda la vida, otro de los beneficios es su participación en la regulación de procesos, y su papel en la prevención de enfermedades crónicas (Fedepalma, 2010).

La utilización de un buen aceite para cocinar además de realzar el sabor de los alimentos previene y/o controla el desarrollo de enfermedades crónicas, mejora la palatabilidad, contribuye al aporte y transporte de micronutrientes antioxidantes que en conjunto son aspectos todos fundamentales en el cuidado de la salud de las personas adultas mayores (Fedepalma, 2010).

Otra conducta alimentaria deseable con respecto a las grasas no saludables es evitarlas o disminuir su consumo, al respecto en la (figura 25) se evidencia que la mayoría 76% sí evitan el consumo de grasas no saludables y frituras. Al consultar por el consumo de alimentos ricos en grasas en este estudio el 43% evidenció no consumirlas (Barrón , Rodríguez, & Chavarría ,

2017). Resultados positivos porque se asocian a un menor riesgo como se ha mencionado antes de tener afectaciones en la salud.

El saber elegir alimentos que favorezcan nuestra salud, que sea balanceados y nutritivos también forma parte de nuestra conducta alimentaria. Al escoger un alimento para su consumo hay diferentes factores en los cuales nos podemos enfocar, pero, nutricionalmente, el tomar en cuenta su contenido nutricional, el leer la etiqueta y diferenciar sobre un alimento no tan saludable, esta acción debe ser parte de un hábito, una costumbre y formar parte de una buena conducta.

En relación con los resultados encontrados se destaca que el 53% considera importante tomar en cuenta el “contenido nutricional” a la hora de elegir un alimento, y en segundo lugar considera “su sabor”. Otras características como: el que sea agradable a la vista y el precio, también influyen solo que en menor medida según los resultados de la muestra estudiada.

El contenido nutricional que se especifica en la etiqueta de los productos orienta sobre las características nutricionales, composición y otros aspectos asociados al alimento o producto alimenticio asimismo condicionan nuestra decisión a la hora de la compra o consumo. Esto es posiblemente lo que la población estudiada toma en cuenta a la hora de elegir un producto, dado que en sus respuestas señalan que toman en cuenta el contenido nutricional, a la hora de elegir un alimento para su consumo y es una conducta que debemos adoptar todos, hay mucha información en el mercado, pero para diferenciar y realizar una compra adecuada es necesario aprender a leer este contenido nutricional. Es adecuado leer con cierto detenimiento las etiquetas de los productos que vamos a adquirir y las referencias, precios, procedencia etc. de los productos perecederos, esta práctica de compra según afirma estos autores, hace la compra más

racional, más saludable y pensando en las necesidades de cada uno (Sociedad Española de Nutrición, y otros, 2016).

Otro de los resultados esperados en cuanto a la alimentación es sobre si ésta es variada o no, en donde la mayoría representada por el 96% de las personas adultas mayores afirma tener una alimentación variada compuesta por todos los grupos de alimentos, resultado positivo ya que una alimentación poco variada puede aumentar el riesgo de deficiencias nutricionales y afectar su calidad de vida.

Una mayor variedad alimentaria parece asociarse también con un mejor estado de las funciones físicas y cognitivas en personas adultas mayores, en este estudio se encontró resultados similares a los de la investigación, la minoría presentaba una alimentación poco variada, mientras que la mayor parte posee una alimentación moderada o totalmente variada 87%. Esta variedad en la alimentación garantiza un buen aporte de diferentes nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del organismo (Bahr & Campos , 2014).

El motivo por el que evitan ciertos alimentos se puede observar en la figura 29. Los resultados más sobresalientes reflejan que el 58% de los adultos encuestados, afirma que cuando evita algún alimento lo hace por motivos de “cuidar la salud”.

En especial en la población menor y en las personas adultas mayores el cuidado con lo que comen es importante, ya que la alimentación es vital para su salud, desarrollo y al evitar ciertos alimentos se minimiza el riesgo de padecer o alterar las patologías ya existentes. Se recomienda escoger alimentos que sean variados y saludables, evitando así las calorías vacías de bebidas, alcohol, refrescos, frituras, dulces entre otros (Vargas, 2019). Sabiendo el resultado de la

población estudiada sobre este aspecto, es bastante positivo, ya que toman en cuenta posiblemente las afectaciones de salud que puede traer consumir cierto tipo de alimentos.

El utilizar un distractor mientras se come puede influir en el tipo, tiempo, cantidad y calidad de alimentos que se ingieren. Al respecto los resultados obtenidos reflejan que el 42% utiliza: “Algunas veces” algún tipo de distractor mientras come, ya sea, el televisor, el celular, el periódico y demás, mientras que el 27% no lo hace “Nunca”.

Al momento de comer, a veces ingerimos los alimentos muy rápido, el proceso de las señales que envía el estómago al cerebro se puede ver interrumpido, lo que causa que se consumamos más de lo que necesitamos y tengamos una digestión pesada, aparte de los apuros quizá no se aproveche y disfrute la comida. Una de las principales causas por las que comemos rápida o inconscientemente son los elementos distractores que suelen ser aparatos electrónicos, como la tablet, el celular, la televisión o el periódico.

(Romanillos, 2014) citado por (Chávez, 2018) afirma que la televisión, ha sido considerada como uno de las mayores distractores durante los tiempos de comida, ya que tiende apoderarse por completo de la entrada visual, un estudio describe que cuando un individuo consume sus alimentos en compañía de la televisión, la ingesta calórica total se incrementa hasta en un 14%; por lo que, a largo plazo dicho consumo descontrolado viene acompañado de alimentos poco saludables, altos en calorías y pobres en nutrientes. (Chavéz, 2018).

Estos dos autores, (Tumin & Anderson, 2017) demostraron en su estudio que las personas que nunca vieron televisión o videos durante los tiempos de comidas tenían un 37% menos de probabilidad de padecer de obesidad, en comparación con los que siempre lo hacían. Por lo

tanto, se concluyó que el uso de dispositivos electrónicos durante el tiempo de comidas podría alterar los comportamientos alimentarios de una persona.

Es por eso por lo que el uso de un distractor se ve relacionado con la ingesta, ya que las personas enfocan la mayor parte de su atención a una pantalla, cada vez es menos consciente de la cantidad de comida que consume y a largo plazo, esta conducta puede conducir a un consumo no intencional de más calorías.

5.5 Relaciones de las variables de estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria

Para esta discusión se tomaron en cuenta las relaciones significativas que resultaron del análisis estadístico y que tuvieran respaldo científico.

Con respecto a la asociación que se encontró en los tiempos de comida, y la realización de siestas. Sanz (2016) habla acerca del sueño y la alimentación, en general la duración de las siestas de 20 a 30 min potencia la alerta y mejoran el rendimiento cognitivo, sin afectar negativamente al sueño nocturno. Diversos estudios afirman que un sueño con una duración prolongada o superior se asocia en personas mayores con una mayor morbilidad y mortalidad. Es importante destacar que los alimentos y bebidas que consumimos durante el día nos proporcionan los elementos necesarios para sintetizar los diferentes neurotransmisores que intervienen en la vigilia y el sueño (Sanz, 2016).

La cantidad, calidad e incluso el momento o tiempo de comida más propicio del día para consumir ciertos alimentos pueden ya sea facilitar o dificultar el sueño o el tiempo de descanso. Se dice que los hábitos dietéticos afectan a la sincronización de numerosos ritmos circadianos, en este caso los que se relacionan con funciones digestivas y metabólicas. El momento del día

en que se tomen los alimentos y la frecuencia con que se ingieran son claves para mantener una buena salud, un sueño insuficiente también puede afectar la conducta alimentaria. Establecer una rutina de hábitos dietéticos y horarios de comidas saludables, es de suma importancia, y conocer en qué momento del día debemos consumir ciertos alimentos y en cuales evitarlos para que no interfieran con el sueño, así por la tarde y la noche se deben comer los alimentos que ayudan a la síntesis de hormonas favorecedoras del sueño y en el desayuno los alimentos más estimulantes y calóricos para aportar energía al resto del día (Sanz, 2016).

Una de las relaciones que se encontró fue la asociación entre el no consumir azúcar y la realización de siestas. Para darle una respuesta a esta relación se encontró que los alimentos procesados de absorción rápida y los ricos en azúcar, como la repostería o los dulces industriales, alteran los ciclos de sueño, produciendo somnolencia después de comer, pero pueden producir insomnio por la noche. Además de los efectos que pueden tener sobre la salud y la obesidad un abuso del consumo de azúcar (Schmid, Hallschmid, & Schultes, 2014).

Un estudio publicado por la Universidad de Columbia en New York, concluyó que una dieta alta carbohidratos refinados especialmente azúcares añadidos, está relacionada con un mayor riesgo de padecer insomnio, datos en concreto de la población que se estudió, la explicación se basa en que cuando el azúcar en sangre aumenta rápidamente, el organismo reacciona liberando insulina, después de que las concentraciones del azúcar en sangre disminuyen pueden desencadenar que se libren hormonas como la adrenalina o el cortisol, que se ha visto que interfieren con el sueño (Gangwisch, y otros, 2019).

Según este artículo la somnolencia diurna puede alterar la capacidad para ejercer control inhibitorio sobre el consumo de alimentos, y desencadenar mecanismos nerviosos centrales de

adaptación que favorecen la búsqueda de ciertos alimentos y no necesariamente saludables. (Schmid, Hallschmid, & Schultes , 2014).

Se encontró también una relación entre el consumo de agua y no presentar problemas para masticar o tragar. El no presentar problemas para masticar o deglutir, favorece el poder consumir líquidos y sólidos sin mayor dificultad, esto cuando no exista algún otro problema o patología que se lo impida.

Una adecuada deglución tiene como objetivo la nutrición del individuo, para lograr esto se requiere de poder ingerir la totalidad de los nutrientes aportados por la dieta, así como el agua necesaria para mantener una adecuada hidratación; y segundo, la seguridad de la deglución que es la de poder ingerir estos sin que se produzcan complicaciones respiratorias. Por lo tanto, los adultos mayores que no presentan este tipo de problema, su consumo de agua no se ven afectado ni reducido, a no ser que incidan factores como la disminución en la percepción de la sed, problemas en los riñones, uso de medicamentos, saciedad precoz, disminución del apetito y menor apetencia por los líquidos, entre otros. La disfagia según estudios es más común en personas hospitalizadas y en las personas adultas mayores, además puede ser un factor determinante del estado nutricional (Cabrera & Hernández, 2016).

Otra de las relaciones significativas que se encontró, es la relación que existe entre poseer una alimentación variada y no presentar problemas para masticar o deglutir. Al igual que pasa con el agua el no tener esta dificultad facilita el consumo y aprovechamiento de los diferentes alimentos, sin tener que preocuparse por la textura o viscosidad de los líquidos y alimentos, tener esto en cuenta le da en este caso a la persona mayor más libertad de consumir todo tipo de alimentos, la variedad de la alimentación y no tener que evitar ciertos alimentos, en estos casos previene deficiencias nutricionales, además de evitar el aburrimiento y la monotonía.

Cuando existen problemas con la masticación y la deglución los síntomas asociados hacen que las personas recurran a la adopción de dietas modificadas en textura o líquidas y que normalmente estos tipos de dietas y alimentación en general son muy sencillas en cuanto a la variedad, comidas con menús monótonos, es común la falta de variedad en cuanto a los alimentos debido a las limitaciones por las texturas que tienen que llevar para adecuarse a cada persona (Martínez, Celemin , Martínez, Garrido, & López, 2014).

En cuanto a la presencia de patologías y la conducta alimentaria, se encontró una relación significativa de la presencia de diabetes mellitus y colitis con el método de preparación de los alimentos. A la hora de preparar los alimentos hay que tener en cuenta el método de cocción ya que funciona diferente en los alimentos desde el punto de vista nutricional. Frente al resto de los métodos de cocción, la cocción al vapor permite una mayor digestibilidad, mejor textura y consistencia haciéndolos más blandos, hay poca pérdida de nutrientes y restringe el uso de aceites y grasas en exceso.

Algunos métodos de cocción son mejores que otros para evitar la ingesta de grasas saturadas y trans, reducir el colesterol y minimizar el consumo de azúcares añadidos y el número de calorías. Tomando en cuenta que el método de cocción que se destacó fue al vapor o hervido esto resulta beneficioso cuando la personas padecen de patologías inflamatorias en el aparato digestivo como es el caso de la colitis, con este método, se reduce la utilización de condimentos irritantes, las texturas son más suaves y fáciles de digerir, lo mismo con patologías como la diabetes donde la alimentación juega un papel importante, y los buenos hábitos y costumbres a la hora de buscar opciones saludables de cómo preparar los alimentos, el evitar el exceso de grasas, son factores importantes de cuidar en cualquier patología inclusive en personas sanas (Nieto, 2014).

Se encontró también una relación significativa con la presencia de las patologías de estreñimiento y osteoporosis con el consumo de sal.

El exceso de sal puede causar un déficit de magnesio y potasio, lo que puede provocar una hipocalemia y uno de sus síntomas incluyen el estreñimiento, también pueden darse espasmos intestinales, lo que favorece el estreñimiento crónico. Otro de los efectos de la sal en nuestro cuerpo es con la sensación de sed, un consumo excesivo puede provocarnos deshidratación y desequilibrios hidroelectrolíticos, elementos que causan estreñimiento (Botella, Alfaro, & Hernández, 2015).

El consumo de sal es un determinante mayor en la excreción urinaria de calcio y se asocia con la producción de litiasis renal y con la osteoporosis. La ingesta de sodio es el principal factor que vincula la presión arterial con la osteoporosis. Uno de los beneficios de la reducción del consumo de sal es el efecto en el balance de calcio y en enlentecer el deterioro de la masa ósea que ocurre con la edad (Botella, Alfaro, & Hernández, 2015).

En cuanto a las relaciones que no se encontraron por ejemplo con el consumo de sal y patologías como la hipertensión arterial, o la diabetes con el consumo de cucharaditas de azúcar, la explicación se debe a que la muestra al ser más pequeña, no se encuentran tantas relaciones como se quisiera, teóricamente se sabe que tiene relación tanto la diabetes como la de HTA , sin embargo en el análisis estadístico no siempre se encuentran las relaciones que uno espera, y como el análisis se basa en los resultados encontrados de la población encuestada, la muestra no es tan representativa, quizás con una muestra más grande la relaciones serán más notorias.

Al relacionar el estilo de vida con las patologías se obtuvo como resultado la relación entre la presencia de diabetes y colitis con el fumado. Al respecto se encontró en la literatura que el

tabaco puede provocar daño en personas con diabetes mellitus acelerando las complicaciones crónicas, además de aumentar el riesgo de muerte. Además, el tabaquismo tanto activo como pasivo incrementa la incidencia de diabetes tipo 2. Se estimó que 11,7% de los casos de diabetes mellitus en varones y 2,4% en mujeres fueron atribuibles a tabaquismo activo. El efecto del tabaco cuando se tiene diabetes es que la nicotina puede disminuir la sensibilidad a insulina actuando sobre el sustrato del receptor de insulina, también se ha visto que fumadores tienen los niveles de HbA1c significativamente mayores y un perfil lipídico con mayor nivel de triglicéridos y colesterol LDL. Por lo tanto, el cese del fumado produce una reducción de todos estos riesgos (Soto, 2017).

En cuanto a la colitis, se ha visto que el humo del tabaco provoca una inflamación del colon similar a la enfermedad de Crohn (Moreno, 2020), las personas fumadoras presentan un incremento en la recurrencia de esta patología y la resistencia a diferentes tratamientos farmacológicos. El hábito del fumado se ha asociado como un factor de riesgo durante años, el cual ha mostrado una mayor asociación con la presencia de colitis.

Al relacionar las tres variables de la investigación se obtuvieron las siguientes relaciones, se encontraron asociaciones significativas con la práctica de actividad física, el método de preparación de los alimentos, el agregar sal y la presencia de diabetes, colitis y estreñimiento.

Con respecto a estas relaciones, en este estudio en población adulta mayor se encontró que la mayoría refiere hacer algún tipo de actividad física 93%, en su mayoría reflejan agregar sal adicional, se menciona también que la calidad de vida y longevidad de las personas mayores depende en gran parte de los hábitos de alimentación que incluye dentro de sus componentes la selección de métodos de preparar diferentes alimentos, también dependerá de factores entre

ellos la presencia de enfermedades crónicas comunes en esta población (Barrón , Rodríguez, & Chavarría , 2017).

Además de tener buenas costumbres alimentarias, la actividad física también tiene un papel importante en la prevención y control de distintas enfermedades, por lo cual se han identificado los efectos negativos en la salud de la inactividad física refiriéndose, así como uno de los factores determinantes en la aparición de estas enfermedades (Muñoz, Arango , & Segura, 2018), es así como la realización de actividad física además de tener un efecto positivo sobre las enfermedades crónicas también contribuye en la mejora y/o prevención de padecimientos como la colitis y el estreñimiento.

Otra relación significativa encontrada es sobre el consumo de bebidas alcohólicas que se asoció, con el agregar sal, y presentar estreñimiento y osteoporosis. Anteriormente se había mencionado la relación que existe entre el consumo de sal y la presencia de estos dos padecimientos, el estreñimiento y la osteoporosis, en el caso del primero el exceso de sal causa un déficit de otros elementos necesarios en el cuerpo, que al disminuir su concentración generan estreñimiento y en el segundo un incremento de sal provoca la excreción de calcio que está asociada con la osteoporosis. Uno de los efectos negativos que poseen las personas que consumen bebidas alcohólicas es el estreñimiento, pero también se ha visto que el exceso de alcohol es un factor de riesgo para presentar osteoporosis debido a que se tiende a disminuir la masa ósea y hay un aumento de la excreción urinaria del calcio, a su vez que la absorción de este mineral se ve deficiente (Díaz & Torrijos , 2012).

Se encontraron asociaciones significativas entre el tiempo que permanece sentado, el agregar sal y el método de preparación de los alimentos con la presencia de estreñimiento y diabetes. Se ha visto que un comportamiento sedentario como lo es el tiempo destinado a actividades

como pasar mucho tiempo sentado es un factor de riesgo en el desarrollo de diabetes mellitus, sumado a este comportamiento se asocia a un consumo excesivo de calorías y alimentos no saludables, como lo son grasas saturadas, azúcares y los alimentos salados, predisponiendo también a la obesidad (Leiva, y otros, 2017).

Por encima de los 65 años, la prevalencia de padecer estreñimiento aumenta, la aparición del estreñimiento está asociada a la inactividad física, por lo que el pasar mucho tiempo sentado considerándose esto como inactividad se asocia a un factor de presentar estreñimiento. Se ha visto una mejoría en las personas que lo padecen con el ejercicio físico y suplementos con fibra (Mearín, Balboa, & Montoro, 2013).

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Se presentan a continuación las principales conclusiones que aporta la investigación, según los objetivos propuestos en la misma.

A manera de conclusión se obtiene que, la participación de personas adultas mayores en el estudio fue predominantemente femenina, con edades comprendidas entre 65 y 70 años. La mayoría se encuentran casados, y con estudios universitarios completos. En cuanto al ingreso económico, la mayoría (45%) recibe pensión del Estado o de instituciones en las que laboraron.

De acuerdo con el estilo de vida, la mayoría de los evaluados no consumen alcohol ni tabaco; asimismo, se observa que la mayoría realiza actividad física, dentro de las cuales se destaca la caminata y la natación. Además, en cuanto al descanso se obtienen datos favorables, ya que la mitad de los encuestados realizan siestas y un gran porcentaje duerme en promedio de 6 a 8 horas diarias.

Referente a las patologías prevalentes en la población sobresale la hipertensión arterial, la gastritis y las dislipidemias respectivamente.

El comportamiento alimentario de esta población se caracterizó por ser adecuado, debido a que, la mayoría realizan de 3 a 4 tiempos de comida, prefieren el consumo de agua y café, el método de cocción que predominó fue el hervido y la utilización de aceite vegetal para cocinar. Además, evitan el consumo de frituras, no agregan sal extra, el consumo de azúcar es bajo, tienen una alimentación variada y el factor que más repercute en la elección de un alimento es el contenido nutricional.

Las personas que realizan siestas también son las que realizan la mayoría de los tiempos de comida. Además, se destaca que los que realizan siestas son más propensos a consumir menos azúcar.

El método de preparación de los alimentos influye en la aparición de patologías como la colitis y la diabetes. Además, las personas adultas mayores que agregan sal extra presentan patologías como estreñimiento y osteoporosis.

De igual forma se destaca que, las personas que fuman son más propensas a presentar diabetes y colitis.

A relacionar las tres variables (estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria) se puede concluir que; las personas que permanecen más tiempo sentados agregan sal y presentan estreñimiento y diabetes. Asimismo, los que realizan actividad física, no agregan sal y presentan estreñimiento.

6.2 RECOMENDACIONES

- Para futuros estudios se recomienda incluir la evaluación del estado nutricional, con el fin de estudiar su resultado y ver la relación que tienen las variables en estudio con el estado nutricional de los mismos.
- Incluir también a la población adulta mayor institucionalizada con el fin de obtener resultados más variados y establecer comparaciones, además de utilizar una muestra más grande.
- Realizar la investigación en un momento que no haya una pandemia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aliaga, E., Cuba, S., & Mar, M. (2016). *Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. . Obtenido de <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2143/2243>
- Gangwisch, J., Hale, L., St-Onge,, M. P., Choi, L., LeBlanc, E., Malaspina, D., . . . Lane, D. (11 de Diciembre de 2019). *Dietas de alto índice glucémico y carga glucémica como factores de riesgo de insomnio: análisis de la Women's Health Initiative. The American Journal of Clinical Nutrition, Volume 111, Issue 2*. Obtenido de <https://academic.oup.com/ajcn/advance-article-abstract/doi/10.1093/ajcn/nqz275/5673520?redirectedFrom=fulltext>
- Veiga, J., Díez, E., & Zimmermann, M. (2008). *MODELOS DE ESTUDIOS EN INVESTIGACIÓN APLICADA: CONCEPTOS Y CRITERIOS PARA EL DISEÑO. Vol LIV N° 210: (p) 83*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/aula.pdf>
- Aguilar , S., & Cardona , D. (2016). *Ingresos laborales, transferencias y seguridad económica de los adultos mayores de Medellin. Rev Univ. salud. 18(1):34-45*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a05.pdf>
- Alba, D., & Mantilla , S. (2014). *Estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la ciudad de Ibarra*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/200331228.pdf>
- Álvarez, J., Cuenllas, Á., López, M., Gómez, F., Mañas, M., Ruiz, D., & Sánchez, B. (2018). *Alimentación y nutrición saludable en los mayores: mitos y realidades. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*. . Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58519446/Alimentacion_y_nutricion_saludable_en_los_mayores_Mitos_y_realidades_SEGG.pdf?1551365568=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DALimentacion_y_nutricion_saludable_en_lo.pdf&Expires=1597804535&Sign

- Ariza, C. J., & Rojas, D. M. (10 de Julio de 2020). *Disfagia en el adulto mayor*. *Univ. Med.* 2020;61(4). Obtenido de 30039-Texto del artículo-123602-1-10-20201028 (1).pdf
- Bahr, P., & Campos, Y. (2014). *Asociación entre la fragilidad del anciano y la variedad de la dieta que consume*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100008&lng=es&tlng=en.
- Barrientos, I., Madrigal, F., & Abarca, L. (2014). *Prevalence and risk factors in older adults in Costa Rica*. *Rev. costarric. salud pública vol.23 n.1 San José*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292014000100007
- Barrón, V., Rodríguez, A., & Chavarría, P. (2017). *Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile*. *Rev. chil. nutr. vol.44 no.1*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182017000100008&script=sci_arttext
- Barrón, V., Rodríguez, A., & Chavarría, P. (2017). *Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile*. *Revista Chilena de Nutrición*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182017000100008&lng=es&nrm=iso
- Botella, F., Alfaro, J. J., & Hernández, A. (2015). *Uso y abuso de la sal en la alimentación humana*. *Nutrición Clínica en Medicina. Vol. IX - Número 3*. Obtenido de <http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5030.pdf>
- Cabrera, L., & Hernández, D. (2016). *Acercamiento integrativo en la disfagia*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm162d.pdf>
- Castaño, D., & Cardona, D. (2012). *Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores*. *Revista de salud pública*. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rsap/2015.v17n2/171-183/es/>

- Castro, A., Orozco, J., & Marín, D. (2015). *Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v21n2/v21n2a11.pdf>
- Chavéz, S. (2018). *PERCEPCIÓN DE LA INGESTA Y SACIEDAD EN JÓVENES UNIVERSITARIOS Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS USADOS DURANTE LOS TIEMPOS DE COMIDA*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15970>
- CONAPAM. (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor. Cap 6 Estado de Salud*. Obtenido de http://www.conapam.go.cr/mantenimiento/ESPAM/descargas/ESPAM_cap6web.pdf
- Corral, Y. (2009). *Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias de la educación. Vol 19*. Obtenido de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>
- Crear salud. (s.f.). *Los elementos distractores del acto de comer*. Obtenido de <https://crearsalud.org/los-elementos-distractores-del-acto-de-comer-como-liberarte-de-ellos/>
- D'Hyver, C. (2018). *Alteraciones del sueño en personas adultas mayores*. . Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e>.
- Dagnino, J. (2014). *Correlación. Rev Chil Anest 2014; 43: 150-153*. Obtenido de http://www.sachile.cl/upfiles/revistas/54e63a1a778ff_15_correlacion-2-2014_edit.pdf
- Díaz, M., & Torrijos, A. (2012). *Acción de la cerveza sobre el hueso. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral, vol. 4, núm. 2.*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3609/360933655006.pdf>
- Durán, S., Sánchez, H., Valladares, M., López, A., Valdéz, P., & Herrera, T. (2017). *Actividad física y perfil de estilos de vida promotores de la salud en adultos mayores chilenos. Rev. méd. Chile vol.145 no.12* . Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001201535>

- Fedepalma. (2010). *El consumo de grasas en los adultos mayores*. Obtenido de 9552-Texto%20del%20artículo-9714-1-10-20121211%20(2).pdf
- Fernández, X., & Méndez, E. (2007). *Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES Costa Rica 2004-2006*. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4549/4364>
- Ferrero, M. I. (2012). *Disfagia orofaríngea en el anciano*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Vol 47 (4). Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-disfagia-orofaringea-el-anciano-S0211139X12001217>
- Figuroa, L., Soto, D., & Santos, N. (2016). *Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores*. *Rev Ciencias Médicas vol.20 no.1 Pinar del Río*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012
- García, T., & Villalobos, J. (2012). *Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim121i.pdf>
- Garrido, M. S. (2017). *Importancia de la hidratación en el adulto mayor*. Obtenido de <https://enlinea.santotomas.cl/blog-expertos/importancia-la-hidratacion-adulto-mayor/>
- González, R., & Cardentey, J. (2018). *Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores*. *Revista Finlay*. Obtenido de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564/1664>
- Guerrero, N., & Yépez, M. (2015). *Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud*. *Rev Univ y salud*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
- Herbas, B. C., & Rocha González, E. (2018). *Metodología científica para la realización de investigaciones de mercado e investigaciones sociales cuantitativas*. *Revista Perspectivas*, (42). Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1994-37332018000200006&lng=es&tlng=es.

- Hernández, A., & Goñi, I. (2015). *Calidad de la dieta de la población española mayor de 80 años no institucionalizada*. Obtenido de <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8864.pdf>
- Hernández, L., Marimón, M., Linares, E., & González, E. (2017). *SALUD ORAL Y HÁBITOS DIETÉTICOS EN LOS ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS*. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. vol 27(1). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2017/can171d.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (6ª ed.)*. México: McGraw Hill Education.
- Hipollito, R. (2016). *DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES*. *Chimbote 2016*. Obtenido de repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1243/DETERMINANTES_SALUD_HIPOLITO_VERA_ROCIO_DEL_PILAR.pdf
- Iglesias, C., Villarino, A., Martínez, J., Cabrerizo, L., Gallardo, M., Lorenzo, H., . . . Romero, D. (2011). *Importancia del agua en la hidratación de la población española: documento FESNAD 2010*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000100003&lng=es&tlng=es.
- INEC. (2011). *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. San José, Costa Rica, 2011*. .
- INEC. (2015). *Indicadores Provinciales*. Obtenido de <https://www.inec.cr/noticia/inec-publica-indicadores-provinciales>
- INEC. (2018). *Especial cifras de nuestros mayores 2018*. Obtenido de <https://www.inec.cr/multimedia/especial-cifras-de-nuestros-mayores-2018>
- Laplace, B., Legrá, S., Fernández, J., Quiñones, D., Piña, L., & Castellanos, L. (2013). *Enfermedades bucales en el adulto mayor*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es&tlng=es.

- Leiton , Z., Fajardo, E., & Luna , F. (2017). *Caracterización del estado de salud de los adultos mayores en la región La Libertad Perú*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/817/81753881007.pdf>
- Leiva, A., Martínez, M. A., Montero, C., Salas, C., Díaz, X., Ramírez, R., . . . Celis, C. (2017). *El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física*. *Rev. méd. Chile vol.145 no.4*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000400006>
- Limón, M., & Ortega, M. (2011). *Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores*. Obtenido de <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>
- Llibre, J., Guerra, M., & Perera, E. (2008). *Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400005
- Manterola , C., Pineda, V., & Grupo Mincir. (2008). *El valor de "p" y la "significación estadística": Aspectos generales y su valor en la práctica clínica*. *Revista chilena de cirugía, 60*(. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262008000100018>
- Martínez, F. (2015). *El envejecimiento en Costa Rica: una perspectiva actual y futura*. *Acta méd costarricense Vol 57*. Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v57n2/art04v57n2.pdf>
- Martínez, J., Celemin , A., Martínez, F., Garrido, M. D., & López, M. B. (Octubre de 2014). *Dieta blanda en los desdentados y situaciones clínicas con alteraciones en la masticación y deglución*. Obtenido de <http://elaborina.es/ewExternalFiles/Gaceta%20Dental%20262.pdf>
- Mearín, F., Balboa, A., & Montoro, M. (2013). *Estreñimiento*. Obtenido de https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08_Estre%C3%B1imiento.pdf
- Ministerio de Salud . (s.f.). *GUIAS ALIMENTARIAS PARA LA EDUCACION NUTRICIONAL EN COSTA RICA. Capítulo de las Grasas*. Obtenido de https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/grasas.pdf

- Montejano , R., Ferrer , D., Clemente , G., Martinez, N., Sanjuan, A., & Ferrer, E. (2014). *Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados*. *Nutr. Hosp.* vol.30 no.4 Madrid . Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001100021
- Morales, A., Rosas, G., Yarce, E., Paredes, Y., Rosero, M., & Hidalgo, A. (2016). *Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n1/v41n1a06.pdf>
- Moreno, J. (Abril de 2020). *Tabaco y enfermedad inflamatoria intestinal*. Obtenido de <https://educainflamatoria.com/tabaco-y-enfermedad-inflamatoria-intestinal/>
- Muñoz, D., Arango , C., & Segura, Á. (2018). *Entornos y actividad física en enfermedades crónicas: Más allá de factores*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.122>
- National Institute on Aging. (Noviembre de 1 de 2017). *Datos factuales sobre el envejecimiento y el alcohol*. Obtenido de <https://www.nia.nih.gov/espanol/datos-factuales-sobre-envejecimiento-alcohol>
- Nieto, C. (2014). *Técnicas de cocción: sabor, color, textura y nutrientes a buen recaudo*. . Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932414396318>
- OMS. (4 de Abril de 2019). *OMS: esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres*. Obtenido de <https://www.dw.com/es/oms-esperanza-de-vida-de-las-mujeres-es-mayor-que-la-de-los-hombres/a-48206298>
- OMS. (2019). *Reducir la ingesta de sodio para reducir la tensión arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares en adultos*. Obtenido de https://www.who.int/elena/titles/sodium_cvd_adults/es/
- Organización Mundial de la Salud . (2010). *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud*. Obtenido de <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre envejecimiento y salud 2015*. Obtenido de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

- Organización mundial de la salud. (2018). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). *La OPS y la OMS instan a reducir el consumo de azúcares en adultos y niños*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10514:2015-paho-and-who-urge-countries-to-reduce-sugar-consumption&Itemid=1926&lang=es
- Paci, J., García, M., Redondo, F., & Fernández, M. (2015). *Prescripción inadecuada en pacientes polimedcados mayores de 64 años en atención primaria*. . Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prescripcion-inadecuada-pacientes-polimedcados-mayores-S0212656714001590>
- Patel , A., Maliniak, M., Rees, E., Matthews, C., & Gapstur, S. (Octubre de 2018). *Tiempo de ocio prolongado pasado sentado en relación con la mortalidad por causa específica en EE. UU. Journal of Epidemiology*. Obtenido de <https://academic.oup.com/aje/article/187/10/2151/5045572>
- Pavón, P., Gogeochea, M., Sobeida, M., & Sánchez, A. (2018). *Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores*. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. Vol.18, no. 1. Obtenido de https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol18_num1/articulos/factores.pdf
- Pizarro, D. (2016). *La polimedcación y prescripción inadecuada en adultos mayores*. *Revista médica de Costa Rica y centroamérica*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162zi.pdf>
- Quintero, A., Villamil, M., Henao, E., & Cardona, J. (2018). *Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v36n2/0120-386X-rfnsp-36-02-00049.pdf>
- Riquelme, M. (s.f.). *¿Qué es y cómo se interpreta el coeficiente de correlación de Pearson?* Obtenido de [coeficiente-de-correlacion-de-pearson/](http://www.coeficiente-de-correlacion-de-pearson/)

- Rosales , R., García, R., & Quiñones, E. (2014). *Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. MEDISAN*, vol. 18, núm. 1, 2014, pp. 61-67. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100009
- Sánchez , F., Mendoza, F., Cereceda, M., & Espinoza, S. (2014). *Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa.* Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n2/a03v75n2.pdf>
- Sanz, T. C. (2016). *Sueño y alimentación. Revista de Neurología. Vol. 63, Supl. 2, .* Obtenido de <http://www.ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
- Schmid, S., Hallschmid, M., & Schultes , B. (25 de Marzo de 2014). *Trastornos metabólicos debidos a la carencia de sueño.* Obtenido de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=83607>
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología . (15 de Junio de 2015). *El 93% de los mayores de 75 años consume algún medicamento.* Obtenido de <https://www.segg.es/publicaciones/2015/06/15/el-93-por-ciento-de-los-mayores-de-75-a%C3%B1os-consume-algun-medicamento>
- Sociedad española de geriatría y gerontología. (2011). *Guía de buena práctica clínica en geriatría "Hidratación y salud": Necesidades de líquidos .* Obtenido de <https://sgxx.org/docs/documentacion/Guia-de-buena-practica-clinica-en-Geriatria-Hidratacion-y-salud.pdf>
- Sociedad Española de Nutrición, A. ., Arija, V., Maíz, E., Martínez, E., Ortega, R., Pérez, C., . . . Varela, G. (2016). *Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de la alimentación saludable. Nutrición Hospitalaria, 33(8),1-48.* Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3092/309249944001>
- Soria, Z., & Montoya , B. (2017). *Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México.* Obtenido de <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>

- Soto, N. (Setiembre de 2017). *Tabaquismo y Diabetes*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300222>
- Tomahide, Y. (2016). *SIESTAS DE MÁS DE UNA ADVIERTEN DEL RIESGO DE DIABETES TIPO 2*. Obtenido de Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD). Recuperado de: <https://canaldiabetes.com/siestas-diabetes/>
- Troncoso, C. (2017). *Diet of the elderly according to the place of residence*. Obtenido de <http://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/download/669/432?inline=1>
- Troncoso, C., Echeverría, F., Mellado, M., & Troncoso, L. (2017). *Percepción de influencias en la alimentación de personas mayores del sector Lan-C, comuna de Hualpén, Chile*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000100008
- Tumin, R., & Anderson, S. (2017). *Television, Home-Cooked Meals, and Family Meal Frequency: Associations with Adult Obesity*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.01.009>
- UCR, CONAPAM. (2020). *II Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Obtenido de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81562/DOCUMENTO%2011%20de%20agosto%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Universidad de Costa Rica . (6 de Noviembre de 2019). *La malnutrición enferma la alta esperanza de vida de los adultos mayores costarricenses*. Obtenido de <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2019/11/06/la-malnutricion-enferma-la-alta-esperanza-de-vida-de-los-adultos-mayores-costarricenses.html>
- Urrutia, M., Barrios, S., Gutiérrez, M., & Mayorga, M. (2014). *Métodos óptimos para determinar validez de contenido*. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558. Obtenido de [/scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014&lng=es&tlng=es](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014&lng=es&tlng=es).
- Varela, L. F. (2013). *Nutrición en el Adulto Mayor*. *Rev Med Hered*. 2013; 24:183-185. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3380/338030978001.pdf>
- Vargas, V. (1 de Julio de 2019). *Alimentación: su importancia durante el envejecimiento*. Obtenido de <https://www.cuidum.com/blog/alimentacion-envejecimiento/>
- Wong, C. (2012). *Estilos de vida*. Obtenido de <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

Cuestionario N.____

El presente cuestionario tiene como propósito la recolección de datos generales, sociodemográficos, determinar el estilo de vida, la presencia de patologías y la conducta alimentaria de los participantes de la investigación de nombre: “RELACIÓN DEL ESTILO DE VIDA, PRESENCIA DE PATOLOGÍAS Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADAS DE 65 A 85 AÑOS, EN LA PROVINCIA DE HEREDIA, EN EL PERÍODO DEL AÑO 2020”

Instrucciones generales

La primera parte del cuestionario encontrará información general, seguido de esto preguntas relacionadas a su estilo de vida, la existencia de patologías y por último encontrará preguntas relacionadas con su conducta alimentaria. Por favor se le solicita marcar con una **X** al lado de su respuesta.

I Parte. INFORMACIÓN GENERAL Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: Femenino ____ Masculino ____

Nacionalidad: _____

Religión: _____

Estado civil:

Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre

Rango de edad:

65 a 70 años 76 a 80 años

71 a 75 años 81 a 85 años

Nivel de Escolaridad Primaria Incompleta Secundaria Completa Primaria Completa Universidad Incompleta Secundaria Incompleta Universidad Completa**De las opciones a continuación, ¿Cuál TIPO DE INGRESO ECONÓMICO recibe actualmente?**

- Pensión del régimen no contributivo
- Pensión por Invalidez, vejez y muerte
- Ingreso propio (salario)
- No recibo ningún tipo de ingreso económico
- Recibo ayuda económica de un familiar
- Otro: _____

II Parte. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA y DATOS CLÍNICOS.

1. ¿Actualmente consume algún tipo de bebida alcohólica?

 SI NO

2. ¿Fuma cigarrillos actualmente?

 SI NO

3. ¿Realiza actividad física?

 SI NO

4. Si la respuesta anterior fue SI, Indique la actividad física que suele realizar

 Caminar Natación Correr o trotar

- Zumba
- Aeróbicos)
- Otros
- No realizo

5. ¿Cuánto tiempo dedica a realizar este tipo de actividad física?

- Menos de 20min
- De 20 a 30 min
- De 30 a 45 min
- Más de 45 min
- No realizo actividad física

6. ¿Cuánto tiempo al día permanece sentado?

- Menos de 20min
- De 20 a 30 min
- De 30 a 45 min
- Más de 45 min

7. ¿Cuál es la condición de su dentadura?

- Edéntulo
- Con la totalidad de sus dientes
- Con la mayoría de sus dientes
- Utiliza prótesis dental

8. ¿Tiene problemas o se le dificulta masticar o deglutir los alimentos?

- SI
- NO
- Algunas veces

9. ¿Normalmente cuantas horas duerme en la noche?

() 4 a 5 horas

() 6 a 8 horas

() Más de 8 horas

10. ¿Realiza siestas durante el día?

() SI

() No

11. ¿Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, indique aproximado de cuánto tiempo son estas?

() Menos de 20 min

() De 20 a 30 min

() Más de 30 min

() No realizo

III PARTE. INFORMACIÓN REFERENTE A LA PRESENCIA DE PATOLOGÍAS

Antecedentes patológicos personales

¿Presenta alguna de las siguientes patologías? Marque con una **X EQUIS** una o varias según corresponda.

- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemias (Alteración en el colesterol o triglicéridos)
- Enfermedades Cardiovasculares
- Estreñimiento
- Gastritis
- Colitis
- Depresión
- Autoinmunes
- Osteoporosis
- Artritis y problemas reumáticos
- Cáncer
- EPOC (Enfermedad Pulmonar)

- Asma
- Enfermedad Renal
- Problemas Tiroideos
- Otros: _____
- No presento ninguna

¿Asiste a control médico regularmente?

__ SI __ NO

¿Actualmente posee tratamiento farmacológico para alguna patología?

__ SI __ NO

Indique la cantidad de medicamentos prescritos que toma al día _____

IV Parte. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1. Marque con una **X** ¿Cuántos tiempos de comida realiza?

- () 1 a 2 () Únicamente 5
 () 3 a 4 () Más de 5

2. Marque con una **X** cuáles de estos tiempos realiza.

- __ Desayuno __ Merienda Tarde
 __ Merienda mañana __ Cena
 __ Almuerzo __ Colación Nocturna (merienda de la noche)

3. ¿Qué tipo de líquidos consume con mayor frecuencia en el día?

- () Agua
 () Café
 () Gaseosa
 () Refresco azucarado
 () Jugo natural
 () Otro: _____.

4. ¿Cuántas cucharaditas de azúcar en promedio le pone al café o refrescos?

- 1
- 2 o 3
- Más de 3
- No le pongo

5. ¿Agrega sal extra a la comida ya preparada?

- SI
- NO

6. ¿De esta lista de alimentos qué suele ingerir entre las comidas?

- Dulces
- Fruta
- Galleta o pan
- Yogurt
- Snacks o frituras en paquetes
- Semillas
- Nada

7. ¿Cuál es la preparación más habitual de los alimentos que consume?

- Frito
- Al vapor o hervidos
- Asado o la plancha
- Al horno
- Estofado

8. ¿Qué hace con la grasa visible de la carne, pollo, cerdo a la hora de comerla?

- La quito toda
- Quito la mayoría
- La dejo como viene
- Prefiero no comerla

9. ¿Qué tipo de grasa utiliza con mayor frecuencia a la hora de preparar los alimentos?
- Aceite vegetal (canola, girasol, soya, coco)
 - Mantequilla
 - Aceite de oliva
 - Manteca
10. ¿Evita el consumo de frituras y grasas no saludables?
- SÍ NO
11. ¿Qué factor considera más importante a la hora de elegir un alimento para su consumo?
- Su sabor
 - Agradable a la vista
 - Su contenido nutricional
 - Precio
 - Otro: _____
12. ¿Considera que su alimentación es variada, compuesta por todos los grupos de alimentos? (Ejemplo: Frutas y vegetales, grasas y aceites, proteínas(Ej.: carne, huevo, pescado.), Cereales (Ej.: Harinas, leguminosas, pan, cereales..),
- SI NO
13. ¿Qué hace normalmente cuando se siente satisfecho a la hora de comer?
- Dejo de comer sin problema
 - Dejo de comer, pero me cuesta hacerlo
 - Sigo comiendo sin problema
 - Sigo comiendo pero me siento mal de hacerlo

14. Si evita algún alimento, ¿Por qué motivo lo hace?

- Porque no me gusta
- Por cuidarme de la salud
- No suelo evitar ningún alimento.
- Otro:_____.

15. Al momento de comer, lo hace viendo el televisor, celular, periódico, ¿o algún otro distractor?

- Siempre A veces Rara vez Nunca

Anexo 2. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
ESCUELA DE NUTRICIÓN
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
Teléfono:(506) 2241-9090

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: RELACIÓN DEL ESTILO DE VIDA, PRESENCIA DE PATOLOGÍAS Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADAS DE 65 A 85 AÑOS, EN LA PROVINCIA DE HEREDIA, EN EL PERIODO DEL AÑO 2020

Nombre del Investigador (a) Principal: **Mariliz Vargas Fonseca**

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

El propósito de la investigación es: **“Relacionar el estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria en personas adultas mayores no institucionalizadas de 65 a 85 años, en la provincia de Heredia, en el período del año 2020”**

Este tema resulta útil porque como van pasando los años la población va envejeciendo cada vez más, y en Costa Rica esto va en aumento, por eso es importante conocer qué factores repercuten a nivel de salud en esta población y cuáles son los problemas que se pueden abordar nutricionalmente para mejorar su calidad de vida.

Todos los adultos mayores que acepten ser parte de la investigación llenarán un cuestionario con preguntas acerca de su estilo de vida, diferentes patologías y su conducta alimentaria.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

1. Su participación en este estudio forma parte de la población seleccionada para la investigación Adultos Mayores residentes de la provincia de Heredia. Para esta investigación lo que se va a realizar será la aplicación de un cuestionario físico o digital según su preferencia con diferentes preguntas acerca de información sociodemográfica, estilo de vida, presencia de diferentes patologías y conducta alimentaria. La recolección de datos se llevará a cabo ya

sea en su lugar de domicilio y/o por medio de un cuestionario en forma digital que se le hará llegar a su teléfono.

2. Para poder participar en la investigación se necesita que firme el consentimiento.
3. Se requiere que las personas se comprometan a responder y completar las preguntas de manera sincera del cuestionario.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente:
2. Incomodidad al responder ciertas preguntas personales.
3. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de esta investigación, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS:

Si existiera algún beneficio directo: Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será conocer los resultados de la información suministrada de manera confidencial y recomendaciones nutricionales por parte del investigador.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el(la) investigador(a) Mariliz Vargas Fonseca quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono (8913-1520) en el horario (8am a 8pm). Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono 2241-9090, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

fecha

Anexo 3. Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Mariliz Vargas Fonseca, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número **116260370** egresado de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: **RELACIÓN DEL ESTILO DE VIDA, PRESENCIA DE PATOLOGÍAS Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADAS DE 65 A 85 AÑOS, EN LA PROVINCIA DE HEREDIA, EN EL PERÍODO DEL AÑO 2020**, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los catorce días del mes de Octubre del año dos mil veinte.

Mariliz Vargas Fonseca.

Mariliz Vargas Fonseca

Cédula: 116260370

Anexo 4. Carta del tutor

CARTA DEL TUTOR

12 de octubre de 2020

Sres.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante Mariliz Vargas Fonseca, cédula de identidad número 116260370 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de Tesis "Relación del estilo de vida, presencia de patologías y conducta alimentaria en personas adultas mayores no institucionalizadas de 65 a 85 años en la provincia de Heredia, en el periodo del año 2020.", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por la postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	26
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	16
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		92

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



MBA. Yarieny Chacón Sandí
1-1087-0860
Código Colegio Profesional 251-10

Anexo 5. Carta del lector

CARTA DEL LECTOR

San José, 28 Diciembre 2020.

*Carrera de Nutrición
Universidad Hispanoamericana*

Estimados señores:

La estudiante **Mariliz Vargas Fonseca**, cédula de identidad **1-0610-0934**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **RELACIÓN DEL ESTILO DE VIDA, PRESENCIA DE PATOLOGÍAS Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADAS DE 65 A 85 AÑOS, EN LA PROVINCIA DE HEREDIA, EN EL PERÍODO DEL AÑO 2020**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición.

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones. En el proceso con el filólogo se debe de corregir aspectos de redacción.

Por consiguiente, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,

Karina Sánchez Chinchilla
Cédula identidad 1-1316-0661
Carné Colegio Profesional 1538-13

Anexo 6. Carta de autorización CENIT

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION

San José, 3 de febrero del 2021

Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) **Mariliz Vargas Fonseca** con número de identificación **1-16260370** autor (a) del trabajo de graduación titulado **RELACIÓN DEL ESTILO DE VIDA, PRESENCIA DE PATOLOGÍAS Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADAS DE 65 A 85 AÑOS, EN LA PROVINCIA DE HEREDIA, EN EL PERÍODO DEL AÑO 2020** presentado y aprobado en el año **2021** como requisito para optar por el título de **Licenciatura en Nutrición**; (~~SI~~ NO) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

Mariliz Vargas Fonseca. 1-16260370
Firma y Documento de Identidad